

**PLANO DE TRABALHO PARA A GESTÃO,
OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL
DE COLINA-SP**



Sumário

1. Diretrizes para o gerenciamento e prestação de serviços na Unidade de Pronto Atendimento Municipal	4
2. Descrição e análise das principais características da demanda por serviços públicos de saúde na Unidade de Pronto Atendimento	15
3. Instrumentos utilizados para apoio à Gestão Municipal	21
4. Descrição das atividades e seus objetivos	30
5. Descrição das atividades de educação continuada.....	35
6. Implantação e monitoramento das comissões	56
11.1 Comissão de óbitos	56
11.2 Comissão de ética médica	65
11.3 Comissão de ética enfermagem	73
11.4 Comissão de farmácia	89
11.5 Comissão de revisão de prontuário	102
7. Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico – financeiros, na prestação dos serviços.....	111
8. Proposta de Aquisição, Guarda e Distribuição de Materiais, Insumos e Medicamentos .	122
13.1 Cadastramento do Fornecedor	124
13.2 Critérios de Aquisição.....	126
13.3 Recebimento, armazenagem e distribuição.....	126
13.4 Disposições gerais quanto ao trâmite administrativos/jurídico	127
13.5 Materiais, insumos e medicamentos	129
13.5.1 Medicamentos	131
13.5.2 Materiais	136
14. Processo de monitoramento e Estatística (Acompanhamento do Projeto)	137
15. Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento.....	139
15.1 Protocolos de atenção médica.....	139
15.2 Protocolos de Enfermagem.....	310
16. Metodologia e pesquisa de satisfação dos usuários.....	525
17. Serviço de ouvidoria.....	531
18. Acolhimento e classificação de risco.....	548
19. Dimensionamento correto dos recursos humanos necessários	568
20. Metodologia para avaliação de desempenho dos profissionais.....	568
21. Organização das atividades de apoio relevantes para execução das atividades previstas	581

21.1 Serviços administrativos.....	581
21.1.1 Administração financeira	581
21.1.2 Faturamento de procedimentos	609
21.1.3 Rotinas administrativas para gerência de patrimônio	630
21.2 Almoxarifado	659
21.3 Limpeza	673
21.3.1 Procedimento Operacional Padrão Limpeza.....	682
21.4 Segurança.....	715
21.4.1 Procedimento Operacional Padrão de Segurança e Vigilância	717
22 Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.....	722
23 Apresentação dos projetos de cuidado e proposta de educação em saúde	724
23.1 Proposta de Educação em Saúde	724
23.2 Apresentação dos projetos	729

1. Diretrizes para o gerenciamento e prestação de serviços na Unidade de Pronto Atendimento Municipal

As Organizações Sociais da Saúde (OSS) surgiram no Brasil após a Reforma do Estado, entre os anos de 1994 e 1995, passando a ser denominadas de “terceiro setor”. A criação das OSS buscava estabelecer relação de parceria público-privada com instituições que tivesse função social de gestão e que objetivassem a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços não exclusivos do Estado.

Desde então, tem sido crescente o desenvolvimento das atividades desenvolvidas pelo “terceiro setor”, principalmente, na área da saúde, com a transferência da gestão de unidades de saúde para OSS qualificadas e focadas em desenvolver tecnologias de gerenciamento para saúde pública, com vistas a fortalecer a oferta de serviços assistenciais nos três níveis públicos.

Neste contexto, passa-se a ter uma redefinição do papel do Estado, que transfere para uma entidade privada, não governamental e sem fins lucrativos, o desenvolvimento direto da produção de bens e serviços na área da saúde, e passa a desenvolver a função de promotor, fiscalizador e regulador das atividades desenvolvidas na parceria.

Neste novo modelo de gestão, foi possível ampliar a oferta de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como qualificar o serviço prestado com a participação de profissionais de saúde qualificados e comprometidos, fato este reconhecido também pelas entidades de Acreditação de qualidade de serviços de saúde.

A realidade da gestão por OSS é o aumento da produtividade com um custo menor ao cenário público em relação aos serviços de saúde gerido pela administração direta. Cabe destacar que a OSS não tem o objetivo de substituir o poder público, mas sim de executar as políticas públicas e as metas assistenciais estabelecidas através do contrato de gestão firmado entre os órgãos

Os bons resultados alcançados pelas OSS, incitou a expansão deste novo modelo de gestão como alternativa para sanar as dificuldades encontradas por outros serviços de saúde no Brasil, em especial os relacionados à contratação

de pessoal. Outro destaque para as OSS é que não se trata de uma privatização da saúde, como dito por alguns opositores do modelo de parceria.

As atividades desenvolvidas pelas OSS não geram lucros como previsto em uma atividade privatizada. Ao gerenciar um estabelecimento de saúde, a OSS não se apropria do mesmo, o serviço continua sendo do Estado, e o serviço ofertado continua sendo 100% gratuito para a população como prever a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Deste então, a Secretaria de Saúde pode estabelecer parcerias com Organizações Sociais desde que qualificando as entidades que cumpram com as exigências legais, sendo o caso *Solution* Gestão Pública.

Ao publicar o Chamamento Público para estabelecer contrato de gestão com a OSS qualificadas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dá um passo em direção ao que há de mais moderno e eficiente na gestão de serviços de saúde. A SMS passa a determinar as regras a serem cumpridas pelas OSS contratada, bem como as metas quantitativas e qualitativas que devem ser alcançadas, durante o gerenciamento de uma unidade de saúde, ao custo financeiro determinado.

Ou seja, a SMS determina, por meio do Edital, todas as responsabilidades da OSS que administrará a Unidade de Saúde transferida, passando a ser fiscalizada pela gerência municipal e/ou pela comissão de avaliação da Secretaria, que apresentará relatório sobre as conformidades e inconformidades da OSS durante a execução do contrato, sendo este modelo contratual uma oportunidade de negociação permanente de metas e de redirecionamento de políticas e objetivos pelos gestores envolvidos.

Este modelo, além de moderno, é vantajoso para a gestão municipal uma vez que, além da economicidade na manutenção da unidade de saúde em funcionamento, a equipe de gestores da secretaria não se envolve diretamente em questões operacionais e administrativas que, comumente, consomem muito tempo dos profissionais e da máquina pública sem garantias de alcançar os objetivos.

O avanço da Gestão Municipal em transferir serviços de saúde para OSS será notado a partir da melhora dos indicadores de saúde relacionados aos

serviços de Urgência e Emergência, permitindo aos usuários acesso e acessibilidade, de forma gratuita, universal e equânime.

Assim, a SMS contará com entidades privadas sem fins lucrativos, como o caso da *Solution* Gestão Pública, que trabalha com princípios da iniciativa privada, reduzindo a burocracia imposta ao ente público, mas garantindo a legalidade, transparência, impessoalidade e publicidade seguido de celeridade nos atos e resultados positivos.

Fazer o planejamento, gestão, operacionalização e execução das ações e serviços das Unidades de Saúde possibilitará que a *Solution* Gestão Pública apresente a equipe da secretaria de saúde os resultados esperados no contrato de gestão, fruto do gerenciamento do serviço a partir das prerrogativas da iniciativa privada, mas com o objetivo-fim de prestar um atendimento de qualidade ao usuário do SUS.

Rede de Atenção às Urgências

A Política Nacional de Atenção às Urgências que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência /emergência. Busca melhorar a articulação e a comunicação entre as centrais de regulação do SAMU 192, as Salas de Estabilização, a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Colina - SP 24h, as Unidades Básicas de Saúde – UBS e a unidade hospitalar do município de Colina, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, reduzindo mortes ou sequelas ao paciente.

A implantação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências, conforme preconiza o Ministério da Saúde, deve estabelecer uma atenção integrada com encaminhamento correto dos pacientes considerando a unidade adequada para o caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível, envolvendo todos seus componentes (Figura 01).

Figura 01 - Desenho da Rede Assistencial com a Política Nacional de Urgência e Emergência.



Fonte: <http://redehumanizaus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia/>

Fonte: <http://redehumanizaus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia/>

Veja as portarias que regulam a RUE:

- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011
Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
- Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011
Estabelece diretrizes para a implantação de Unidades de Pronto-Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011
Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

- Portaria N° 2.029, de 24 de agosto de 2011

Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

No Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências a rede própria de urgência e emergência dever ser estruturado contando como equipamentos de saúde as unidades básicas de saúde, o SAMU192, Unidade de Pronto Atendimento e todo serviço que possa acolher o usuário em situação de urgência e emergência.

O Pronto Atendimento Municipal compõe a Rede de Urgência e Emergência, estará preparada para realizar o atendimento em urgência e emergência aos usuários do SUS que busquem a unidade de forma espontânea ou das urgências trazidas pelo SAMU.

Além do atendimento às urgências descritas, em atenção às diretrizes estabelecidas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, o serviço de urgência estará estruturado para dar o primeiro atendimento às linhas do cuidado prioritárias do trauma, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, estabilizando o paciente até a sua transferência para serviço hospitalares de maior complexidade, através da Central de Regulação, em consonância com os fluxos de atendimento prioritários e integrados do IAM, do AVC, do Trauma, da Infecção Sistêmica (SEPSE) e da Emergência Obstétrica.

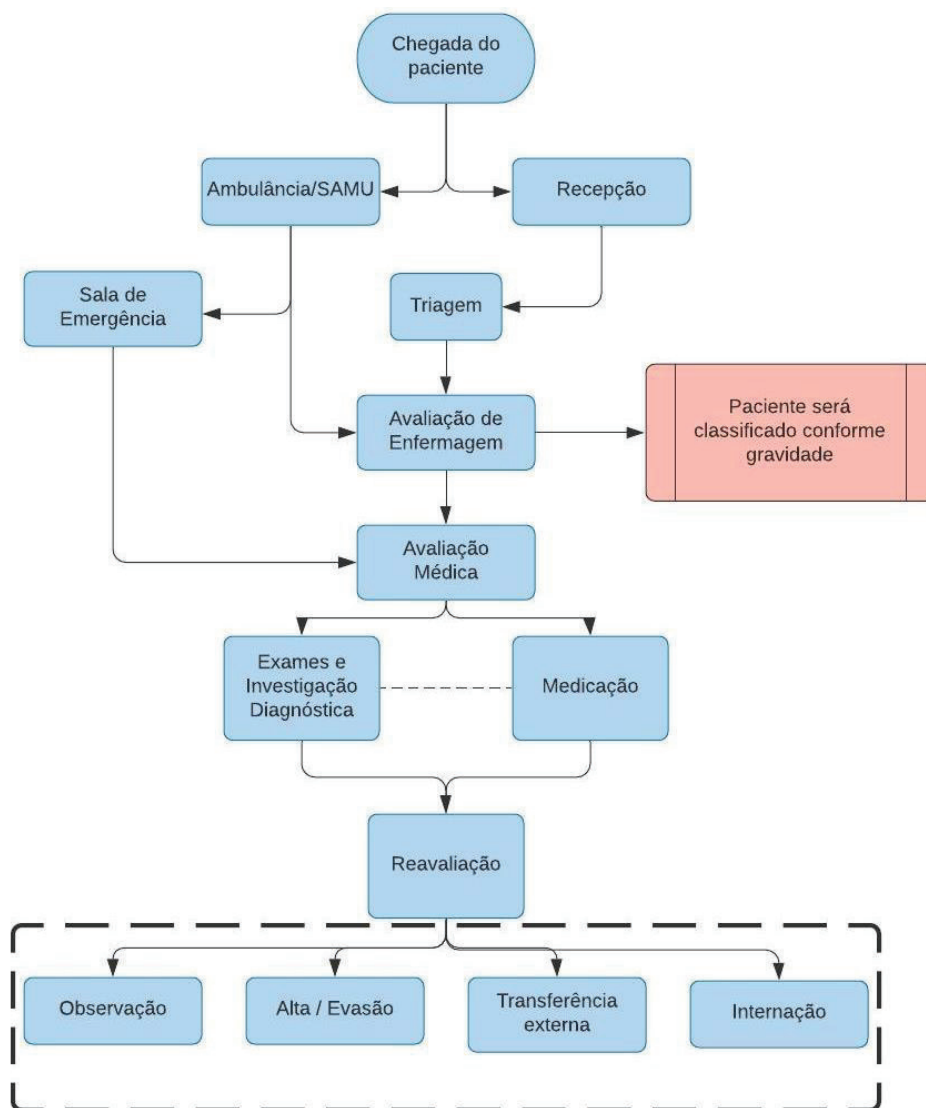
Para atendimentos aos casos de urgência e emergência e atenção aos leitos, a unidade contará diariamente com profissionais médicos, assim como com a equipe de enfermagem, serviço social, farmácia e demais profissionais de saúde da assistência a urgência e profissionais de apoio logístico.

A equipe assistencial contará com serviços de apoio diagnóstico em análise clínica, imagem e eletrocardiografia, assim como disporá de apoio terapêutico como aplicação de medicamentos, inalação, procedimentos de pequenas cirurgias. Todos o atendimento de acordo com o Fluxo Operacional da Urgência e Emergência. (Figura 02)

O atendimento aos pacientes que se dirigem espontaneamente as unidades será realizado por classificação de risco, ou seja, de acordo com a

gravidade e prioridade de cada caso. Para os que chegam em ambulância, o atendimento será priorizado, tendo o seu risco e prioridade de atendimento avaliados pela equipe multidisciplinar da sala vermelha. Ou seja, a ordem de atendimento é definida pela maior ou menor gravidade em que se encontram os pacientes, com prioridade aos mais graves. Logo, o atendimento é realizado pela classificação de risco e não pela ordem de chegada.

Figura 02: Fluxo Operacional da Urgência e Emergência



A *Solution* Gestão Pública vem, por meio desta Proposta de Trabalho, se comprometer a prestar uma gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na unidade de saúde em questão, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes, programas e regulamentação do gerenciamento da

Secretaria Municipal de Saúde, inovando e adaptando as estruturas físicas e frota para melhor acolher aos usuários com atendimento de qualidade e estratégias de gestão baseadas em economicidade e agilidade, preservando a saúde, zelando pela segurança e a qualidade de vida das pessoas.

Diretrizes Assistenciais

As diretrizes gerais para o projeto assistencial do Pronto Socorro Municipal seguirão a Política Nacional de Atenção às Urgências – Portaria n.º 1600, de 07 de julho de 2011 e demais normas que regem o Sistema Único de Saúde, notadamente:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas,

contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da SMS. O Pronto Atendimento Municipal é uma estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Hospitalares de Atendimentos às Urgências e Emergências, onde em conjunto com essas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências (Portarias GM nº 1.600/2011 e 1601/2011).

São unidades integrantes do Sistema Municipal de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, é apta a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, com atendimento 24 horas.

O Pronto Atendimento Municipal realizara os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência Médica, com o funcionamento 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados, e responsável por atender por demanda espontânea e referenciada.

A unidades atendera conforme a Política Nacional de Humanização, através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA

1. Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
2. Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários.
3. Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades.
4. Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças.
5. Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança.
6. Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência.
7. Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços.
8. Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados.
9. Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, Recursos Humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto.
10. Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.

AÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS

1. Realizar, no primeiro mês de atividades, o Planejamento Estratégico para o início da parceria com apresentação do modelo gerencial à unidade para validação e incorporação do modelo proposto aos funcionários da unidade, às corporações que fazem articulação com a unidade, prioritariamente com a Secretaria Municipal de Saúde.
2. Desenvolver processos, em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, setoriais e extras setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis.
3. Participar das ações de Planejamento e do Plano de Ação regional/ municipal da Rede de Atenção às Urgências (RAU).
4. Gerenciar os recursos disponíveis, de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção.
5. Articular com a Gestão Municipal para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe.
6. Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico, e outras, pactuadas com a Gestão Municipal.
7. Cooperar com os atendimentos em saúde, se necessário, visando melhor articulação com os diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Municipal de Saúde.
8. Trabalhar, respeitando a cultura organizacional, fomentando mudanças do modelo assistencial.
9. Avaliar as necessidades de saúde, planejamento e programação, englobando aspectos epidemiológicos e logísticos, tais como Recursos Humanos, materiais, financeiros e informacionais, necessários às áreas administrativa e assistencial, para que sejam atendidas as necessidades da população.
10. Elaborar relatórios mensais
11. Monitorar, diariamente, o fluxo de informação entre a unidade e a Central de Regulação.
12. Informatizar todos os processos relativos à unidade.
13. Compartilhar as regras da unidade com as estruturas de logística (Regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados.

AÇÕES PARA A GESTÃO DE PESSOAS

1. Conhecer a equipe, saber quais são os pontos fortes e fracos para poder atribuir tarefas específicas de acordo com as habilidades de cada um.
2. Ter a gestão de RH voltada para fazer a conexão entre o investimento em pessoas e o sucesso da instituição, atrelando seus resultados aos resultados da instituição.
3. Avaliar os níveis de eficiência e eficácia dos processos e subprocessos de RH por meio de indicadores, medições, sistematicamente, de modo a compor um conjunto de dados que privilegie todos os aspectos importantes da gestão.
4. Estabelecer estratégias que reorientem a Administração o desenvolvimento e a formação de Recursos Humanos-RH.
5. Desenvolver ações para regularizar atendimento à comunidade por meio de RH qualificado.
6. Orientar todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam e de acordo com suas atribuições.
7. Preparar o pessoal necessário, tornando-o habilitado ao pleno exercício das atividades.
8. Dispor de pessoal capacitado e de infraestrutura necessária para prestar um atendimento de qualidade, com resposta oportuna e efetiva.
9. Definir mecanismos de contratação, promover ações educativas, participar ativamente da seleção, avaliar desempenho, atuar na melhoria das relações de trabalho, entre outros.
10. Ouvir a equipe com atenção, dar valor às suas sugestões de melhorias administrativas, construir um clima de cooperação e implementar uma política de assistência integral e integrada.

AÇÕES PARA A ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS

1. Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários.

2. Apresentar, ao Município, relatórios sobre os atendimentos efetuados na unidade.
 3. Fazer a interface da unidade com a Central de Regulação e o SAMU, interagindo com a equipe interna, garantindo o fluxo contínuo da informação, conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas.
 4. Estabelecer a comunicação, como uma via de mão dupla, de realimentação.
 5. Reorientar, se necessário, a estrutura diretiva da unidade.
 6. Articular a participação, da *Solution* Gestão Pública, nos fóruns de pactuação e de controle social.
 7. Apresentar relatório de desenvolvimento do projeto, ao Gestor, para receber feedback e com as informações obtidas, trabalhar ações corretivas.
 8. Promover um relacionamento fundado, na cooperação, entre as esferas municipais e estaduais, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializando os recursos financeiros e integrando as iniciativas para o alcance da efetividade.
 9. Criar diversas estratégias, entre elas, reuniões, capacitações, eventos, palestras, fóruns, enfim qualquer instrumento que exija integração entre as equipes que atuam na Rede Assistencial do Município.
2. [Descrição e análise das principais características da demanda por serviços públicos de saúde na Unidade de Pronto Atendimento](#)

O fácil acesso aos serviços de saúde é reconhecido há muitos anos como de grande importância para reduzir a morbidade e mortalidade, uma vez que representa a possibilidade de um indivíduo que acredita ter um problema de saúde poder consultar um profissional que possa ajudá-lo a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional, ou se é um problema autolimitado que não necessita de atenção especial.

A demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário, podendo ser efetivada

por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos e realização de procedimentos, pois esta é a forma como os serviços organizam sua oferta. Paradoxalmente, as necessidades dos usuários podem ser outras, como respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a uma tecnologia específica que possa lhes proporcionar qualidade de vida.

A ideia da existência de acesso cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde inerente à organização de serviços por nível de atenção (primária, secundária e terciária) identifica-se em linguagem mais clara como a porta de entrada.

Existem hipóteses que tentam explicar os motivos da procura aos prontos-socorros. Alguns estudos apontam fatores socioeconômicos como indicadores importantes em consultas subsequentes, como tipo de moradia, ingestão de bebida alcoólica, drogas ilícitas e problemas psiquiátricos, que estão associados com a demanda de utilização dos serviços. Há mais de uma década observam-se, mundialmente, prontos-socorros lotados em razão de um deslocamento da população em direção a esses serviços, configurando-os como prestadores de atenção primária de assistência à saúde, não de fato destinados a atendimentos emergenciais.

Byrne (2003) mostrou, por meio de um estudo caso-controle, que os usuários que frequentemente utilizavam os serviços do pronto-socorro também eram usuários frequentes de outros serviços de saúde e sociais, pois consultavam com seus médicos da atenção primária, utilizavam mais os programas de assistência social e permaneciam mais tempo internados no pronto-socorro que os grupos de controle.

A procura por serviços de saúde envolve fatores que, dependendo do modo como são ordenados, definirão a escolha pelo usuário. Assim, são influentes a gravidade ou a urgência do problema/necessidade, a tecnologia

disponível, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso, a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente ou sua família, a destreza na marcação de exames ou encaminhamentos para outros serviços, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, os serviços e o sistema de saúde.

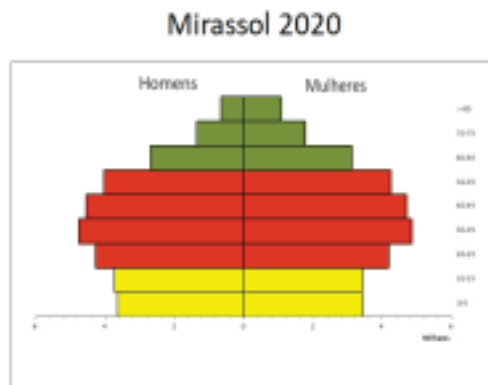
Em razão da oferta restrita de serviços, o público excedente procura atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, e os prontos-socorros e emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam, consultas, remédios, procedimentos, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de saúde da Atenção Básica oferecem apenas a consulta médica.

Estudo das características da demanda da Unidade de Pronto Atendimento de Colina-SP

De acordo com a estimativa da Fundação SEADE a distribuição da população por sexo e faixa etária, Colina é de:

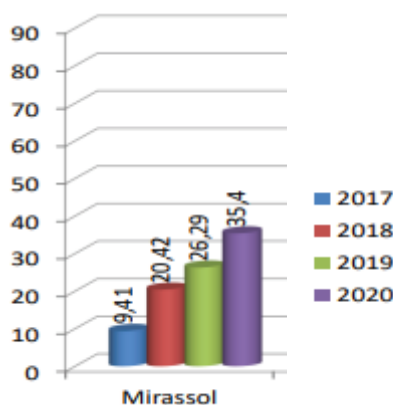
Faixa Etária	Mirassol 2020		
	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	1.768	1.688	3.456
5 a 9 anos	1.853	1.722	3.575
10 a 14 anos	1.857	1.674	3.531
15 a 19 anos	1.872	1.731	3.603
20 a 29 anos	4.274	4.176	8.450
30 a 39 anos	4.771	4.828	9.599
40 a 49 anos	4.540	4.670	9.210
50 a 59 anos	4.016	4.224	8.240
60 a 69 anos	2.700	3.091	5.791
70 a 79 anos	1.366	1.769	3.135
80 anos e +	652	1.061	1.713
Total	29.669	30.634	60.303

Ainda de acordo com a estimativa da Fundação SEADE a Pirâmide Populacional de Colina é de:



O quadro de população por faixa etária do município demonstra um predomínio da população feminina com 50,80% do total, o mesmo ocorrendo com a população da Região de Saúde de São José do Rio Preto e do estado de São Paulo. A pirâmide populacional segue o mesmo formato das pirâmides da Região de Saúde e do estado de São Paulo. No município pode-se perceber um predomínio da população de 30 a 39 anos com 15,92% da população e a população de menores de 15 anos representam 23,49% em relação população total. Na faixa etária acima de 60 anos, a predominância também é do sexo feminino, sendo que essas representam 55,65% do total da faixa etária. A população acima de 60 anos representa 17,49% do total da população. Num contexto geral a pirâmide reflete a queda na taxa de natalidade e o aumento progressivo da população idosa, o que remete a necessidade de um olhar mais cuidadoso voltado a este segmento populacional e a necessidade de investimentos por parte do poder público nas políticas voltadas para a população da Terceira Idade, que devem incluir ações de promoção à saúde e prevenção de doenças comuns nesta faixa etária, bem como ações em outras áreas como lazer, esportes e cultura.

De acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/Ministério da Saúde. A cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica, Colina é de:



A cobertura de atenção básica, porém aumenta gradativamente tendo dobrado o percentual de 2017 a 2018, começando em 2017 com 9,41% chegando a 2020 com 35,4%. Não possui equipes de Estratégia de Saúde da Família

As características da demanda dos atendimentos mais frequentes encontrados na Unidade de Pronto Atendimento, temos:

Demanda de atendimentos	%
Acidentes gerais	14,52%
Problemas respiratórios	11,97%
Febre	11,38%
Dores no corpo, membros e coluna	8,98%
Retorno/pós operatório	8,08%
Intercorrências da gestão/criança	8,08%
Náusea, vômito e tontura	6,58%
Dores abdominais - gástricas	6,28%
Dores de cabeça	5,69%
Agressões	1,95%
Problemas circulatórios	1,95%
Renais e bexiga	1,80%
Psicológicos (nervoso)	1,65%
Acidentes com animais e insetos	1,65%
Alergias	1,65%

Doenças infectocontagiosas	1,35%
Dores de ouvido	1,05%
Afecções dermatológicas	0,90%
Convulsões	0,90%
Hemorragias	0,60%
Intoxicação	0,45%
Não informou	2,54%
TOTAL	100%

Análise das principais características da demanda da Unidade de Pronto Atendimento de Colina-SP

As principais queixas dos usuários no acesso ao serviço foram as situações acidentais, como trauma, fraturas, quedas, torções e queimaduras, com aproximadamente 14,52% dos casos. Problemas respiratórios (11,97%) e sintomas como febre (11,38%) e dores gerais pelo corpo (8,98%) também foram bastante relevantes nas queixas. Um fator significativo diagnosticado com o questionário foi a procura a unidade de saúde por grande número de gestantes, visando ao atendimento de intercorrências gestacionais e sintomatologias, bem como ao atendimento de crianças pelo profissional médico Pediatra presente na unidade, com cerca de 8,08% do total. Pode-se observar também que 8,08% das pessoas procuraram atendimento para retorno em consultas, como pós-operatórios, aplicações de medicamentos, curativos e até mesmo consultas com médicos variados.

Com isso, a *Solution* Gestão Pública propõe a realização de parcerias com as unidades básicas de saúde com intuito de desafogar a unidade de pronto atendimento, realizando campanhas de conscientização da população a buscar o serviço de urgência e emergência apenas em situações de urgência. Os casos não urgentes seriam solucionados pela equipe de Atenção Básica.

Além disso, há um grande número de acidentes gerais que podem ser evitados. Nos casos dos acidentes com trauma e fraturas causados em decorrência do trânsito, propõe-se a parceria com o município para a instalação de lombadas com vistas a redução de velocidade nas vias que mais corriqueiramente acontece acidentes. Campanhas educativas sobre o manejo de produtos inflamáveis/fogo para prevenção de queimaduras.

Parceria com a Atenção Básica no que tange ao pré-natal de qualidade, para evitar intercorrências na gestação. Para gestantes de alto risco os Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil são:

Nível de Atenção	Procedimento	Parâmetro proposto	Estimativa
Ambulatorial Especializada	Consulta especializada obstetrícia	5 consultas/gestante	4.001
	Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco	800
	ECG-Eletrocardiograma	1 exame/30% gestantes alto risco	240
	Ultrassom obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco	800
	Ultrassom obstétrico	2 exame/gestante de alto risco	1.600
	Tococardiografia ante-parto	1 exame/gestante de alto risco	800
	Contagem de plaquetas	1 exame/30% gestantes alto risco	240
	Dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico	1 exame/gestante de alto risco	800
	Consulta psicossocial	1 consulta/gestante	800
	Dosagem de proteínas	1 exame/gestante de alto risco	800

Byrne M. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. Ann Emerg Med 2003; 41(3):309-18.

<https://www.Colina.sp.gov.br/downloads/plano-de-saude/arquivos/20220328140718.pdf>

3. Instrumentos utilizados para apoio à Gestão Municipal

A Solution Gestão Pública irá utilizar como instrumento de apoio a gestão municipal o arquivo previamente divulgado que contempla as ações a serem atribuídas como metas assistências para o objeto do contrato em questão. Para isso, utilizamos o Plano Municipal de Saúde de Colina 2022-2025 publicado em meio digital e publico com acesso pelo link

<<https://www.Colina.sp.gov.br/downloads/plano-de-saude/arquivos/20220328140718.pdf>> que descreve a unidade como:

CNES	IDENTIFICAÇÃO	ENDEREÇO	SALAS/CONSULTÓRIOS	EQUIPAMENTOS	SERVIÇO	SERVIÇO DE APOIO	PROFISSIONAIS / CARGA HORÁRIA SEMANAL
3936082	UPA Unidade de Pronto Atendimento	Av. Eliezer Magalhães, 2520 - Jardim Marilu	3 Consultórios 1 repouso/obs pediátrica médicos 1 Acolhimento com classificação de risco 1 Atendimento a paciente crítico/sala de estabilização 1 Atendimento indiferenciado 1 Curativo 1 Gesso 1 Higienização 1 peq cirurgia	1 Raio X ate 100 MA 1 Raio X de 100 A 500 MA 1 Raio X mais de 500 MA 2 Desfibrilador 3 Monitor de ECG 1 Monitor de pressão nãoinvasivo 4 Reanimador pulmonar/ AMBU 4 Respirador/Ventilador 1 ECG	Urgência e emergência Diag. Lab. Clínico (contrato) Diag. por imagem Diag. por métodos gráficos	Ambulância Central Esterilização materiais Lavanderia SAME Manutenção equipamentos	10 Médico pediatra de 20h+ 1 de 18 hs 8 Médico clínico de 20 h+ 2 de 12 hs + 1 de 18 hs+ 1 de 42 hs 1 de 48 hs. 1 Diretor serv saúde 2h+ 1 de 36h 1 Tec farmácia 44 h 7 Tec radiologia 24h+ 1 de 20h 2 recepcionista 40 h 10 Enfermeiro 36h+ 2 de 40h+1 de 8h+1 de 20h 2 farmacêutico 44h+3 de 20h+8h 20 TE 40h+7 de 36h+1 de 20h 8 Assist administrativo 40h 1 Diretor administrativo 20 hs

No que se refere à aplicação do imunobiológico, é administrado Soro Peçonhento. A assistência à Violência Sexual se dá no Primeiro Atendimento: Introdução a Quimioprofilaxia e Solicitação de Exames. Bem como a Notificação/Investigação de Acidente Ocupacional.

Além disso, a *Solution* Gestão Pública se compromete em dar suporte na Ampliação e reforma da Unidade de Pronto Atendimento proposta pela prefeitura durante nosso período de gestão.

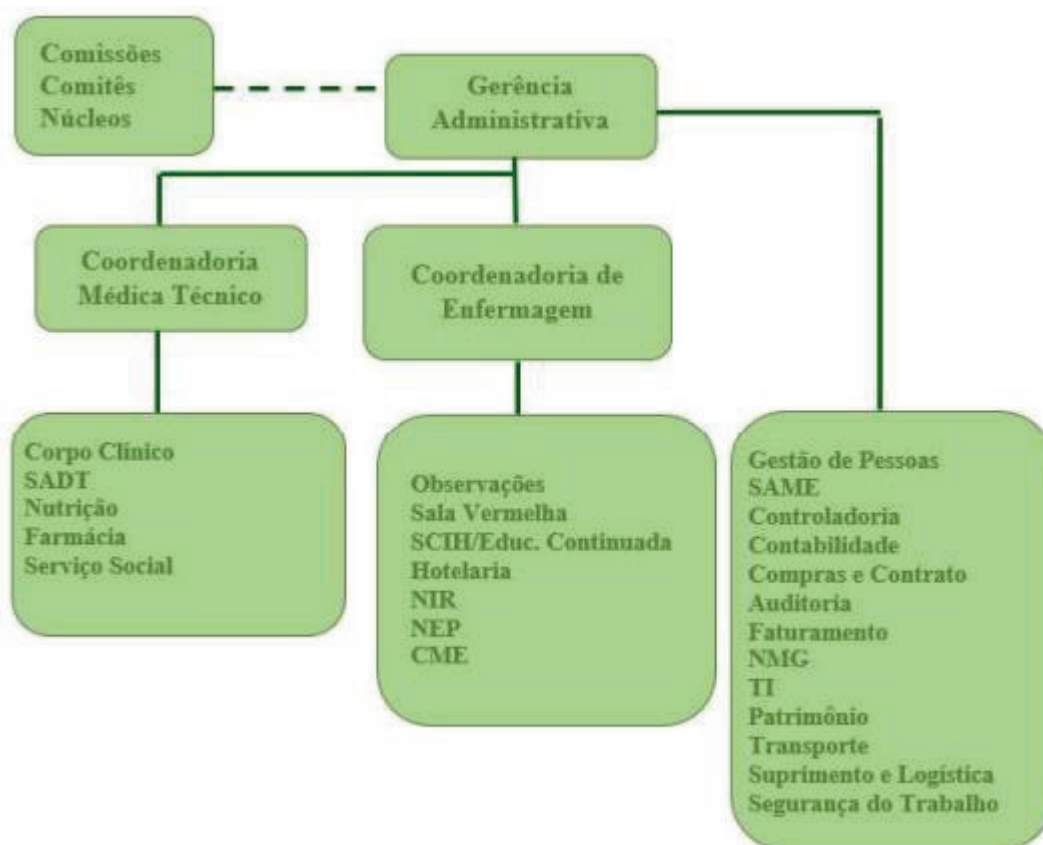
Apoio a Gestão Municipal

Para dar apoio à gestão, ao gerenciamento e operacionalização do Pronto Atendimento, a *Solution* Gestão Pública utilizará de diferentes estratégias e ferramentas para uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e dos usuários, com o olhar no sujeito em busca de boas práticas com na humanização, tendo como alicerce da filosofia da gestão: a Gestão da Informação, a Descentralização, os Fluxos de Movimentação e Processos de Manufatura Enxuto.

O gerenciamento do Pronto Atendimento buscará a qualidade total imediata, a minimização do desperdício, a melhoria contínua, a flexibilidade e a

construção e manutenção de relações de longo prazo com os parceiros e fornecedores. Para tanto, contará com uma equipe gestora formada por profissionais qualificados e com expertise na gestão e operacionalização de serviços de saúde de urgência e emergências, com foco no atendimento pré-hospitalar móvel.

Os gestores designados serão responsáveis pela qualidade do serviço, articulando, de maneira eficiente, com os recursos a serem utilizados e atendendo as necessidades do usuário e da equipe. Organograma da *Solution* Gestão Pública propõe assim, uma estrutura organizacional baseada nos aspectos administrativos e assistenciais; nos serviços a serem ofertados; nos recursos humanos necessários; no suprimento e controle de insumos; e nos custos, conforme o Organograma a seguir.



A equipe gestora do Pronto Atendimento será formada por profissionais qualificados e com expertise na gestão e operacionalização de serviços de saúde de urgência e emergência e experiência assistencial e gestora em serviços de

atendimento pré-hospitalar, preferencialmente, móvel. Os gestores designados pela *Solution* Gestão Pública serão responsáveis pela busca constante de melhorias e qualidade do serviço, articulando de maneira eficiente com os recursos a serem utilizados e atendendo as necessidades dos usuários, da sua equipe de trabalho e dos nossos contratantes.

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

Perfil

Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Administração, Gestão Hospitalar, Gestão Pública, Saúde Coletiva ou área correlata e experiência no mínimo de 01 ano, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições e Objetivos

Terá como competência determinar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento da unidade, bem como, tratar com a Secretaria de Saúde sobre todos os aspectos do contrato.

A Gerência Administrativa é responsável por planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades e ações propostas para o Pronto Atendimento de modo a atender de forma eficiente o usuário, cumprindo com as exigências contratuais e com as propostas da *Solution Gestão Pública* conduzir a unidade para satisfação total do usuário.

Viabilizará a abertura de conta bancária específica e exclusiva para o contrato, em instituição bancária oficial. Viabilizará também para que todos os

pagamentos sejam realizados, de forma individual, por esta conta por meio de transação bancária ou cheque, jamais com saque em espécie.

É designado como o responsável por estabelecer diálogo e articulação com a Secretaria, bem como as demais Instituições públicas, de controle e fiscalização, assim como o Conselho Regional de Administração, o Ministério Público, entre outros.

Dentre as competências destaca-se:

- Gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil;
- Gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura e de gestão de pessoas;
- Gerenciar e implementar as ações e serviços do Serviço de Arquivo Médico e Estatística SAME;
- Gerenciar e implementar as ações de Vigilância e Segurança Patrimonial;
- Gerenciar e implementar as ações que mantenham em perfeitas condições de higiene, climatização e conservação as áreas físicas e instalações do Pronto Atendimento;
- Elaborar, implantar e monitorar um plano de manutenção preventiva e corretiva da estrutura física, dos mobiliários e dos equipamentos, inclusive os médico-hospitalares, da unidade;
- Realizar, anualmente, o inventário de mobiliário e equipamentos contendo o tomo e condição dos itens;
- Coordenar a elaboração, adequação e a implantação dos manuais, procedimentos e/ou rotinas administrativas do Pronto Atendimento;
- Acompanhar a aquisição e gestão de suprimentos, mantendo estoque em qualidade e quantidade suficientes de medicamentos, material médico hospitalar e correlatos;
- Acompanhar a utilização das ferramentas informatizadas que permitam monitorar e avaliar os indicadores e metas de desempenho;
- Manter atualizado o CNES do Pronto Atendimento;

- Manter a padronização visual da unidade de acordo com o previsto em contrato;
- Coordenar a elaboração e implantação do Mapa de Risco do Pronto Atendimento, do Projeto e sinalização das Rotas de Fuga, do Programa de Prevenções de Riscos Ambientais PPRA e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO;
- Organizar o Pronto Atendimento aplicando critérios e indicadores de qualidade, com foco em Certificações de Qualidade e Acreditação Hospitalar;
- Acompanhar a organização e digitação das informações necessárias para alimentar os sistemas de informação oficiais determinados pela SECRETARIA DE SAÚDE.

COORDENAÇÃO MÉDICA

Perfil

Ensino Superior em Medicina com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em área assistencial com Experiência em gestão de serviços de saúde de urgência e emergênciapré-hospitalar ou serviço hospitalar e conhecimento em Gestão da Saúde, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública; habilitado para exercer a medicina pré-hospitalar e nas ambulâncias; conhecedor das normativas e portarias relacionadas a Rede de Urgência e Emergências, do Código de Ética Médica, das Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. É o médico principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

Atribuições e Objetivos

A Coordenação Médica deve assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no Pronto Atendimento, além de observar o cumprimento das normas em vigor, assegurar o funcionamento da Comissão de Ética Médica.

Representar o Pronto Atendimento em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor. Manter perfeito relacionamento com os membros da equipe médica. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica. Elaborar, aprovar e zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico do Pronto Atendimento.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil

Ensino Superior em Enfermagem com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Urgência e Emergência, com cursos relacionados ao atendimento pré-hospitalar; experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde e urgência e emergência ou área correlata. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão em Serviços de Enfermagem, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia.

Atribuições e Objetivos

A Coordenação de Enfermagem deve acompanhar, divulgar o planejamento estratégico do Pronto Atendimento, estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar a equipe de profissionais sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem;

acompanhar a evolução dos indicadores, tomando ações corretivas se necessário; acompanhar as ocorrências registradas das suas áreas; prever, elaborar e distribuir quali-quantitativamente o quadro de profissionais do Serviço de sua responsabilidade; acompanhar a escala de férias e horas extras da equipe de enfermagem. elaborar registro de atividades de enfermagem, atendimento dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico; manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade; elaborar projetos e planejamentos a área do Serviço de sua responsabilidade; distribuir tarefas e funções adequadas aos membros de sua equipe; convocar e presidir reuniões com a sua equipe de enfermagem, registrando em atas; manter inter-relações com as equipes multiprofissionais; sugerir, elaborar, participar e realizar procedimentos que visem melhorar o atendimento; prover materiais e equipamentos necessários ao funcionamento do Serviço; apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico de sua área de competência; participar, junto ao NEP, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde; desenvolver as Instruções de trabalho (técnicos e administrativos) de Enfermagem, referente às unidades e participar na implantação; informar, orientar e interpretar as normas elaboradas a serem implantadas; zelar pelo cumprimento do Código de Ética de Enfermagem.

Dentre as competências das duas coordenações técnicas, destacam-se: Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais; Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde; Gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde; Estabelecer metas quantitativas e qualitativas dos profissionais; Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados por meio de indicadores de desempenho; Articular internamente os serviços e práticas assistenciais, com vistas à garantia da integralidade da atenção; Garantir o cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas de saúde; Coordenar a elaboração, adaptação, revisão e a implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; Coordenar a elaboração, adequação e a implantação do

Procedimento Operacional Padrão (POP) do serviço de enfermagem e médico; Coordenar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde; Coordenar a implantação e implementação das ações de regulação e avaliação da atenção à saúde; Gerenciar o fluxo de atendimento e dos mecanismos de referência e contra referência entre o Pronto Atendimento e os demais serviços da rede de saúde de Colina objetivando a integralidade do cuidado; Manter atualizados os dados necessários para os sistemas de informação em saúde; Monitorar a regularidade de abastecimento de medicamentos, instrumentais e insumos médico-hospitalares; Coordenar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde; Mobilizar e acompanhar fóruns colegiados e Comissões; Fornecer à Gerência Administrativa informações sobre o cuidado assistencial e a gestão da atenção à saúde; Realizar a gestão dos leitos da unidade, tendo em vista o aproveitamento mais eficiente e eficaz dos mesmos; Elaborar, mensalmente, relatório contendo as carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que determinam o encaminhamento de pacientes para outros serviços.

Além dos cargos apresentados, a equipe gestora do Serviço contará com o apoio técnico-gestor dos profissionais das áreas de Segurança do Trabalho e Farmácia, bem como os Responsáveis Técnicos da *Solution* Gestão Pública da área Médica, de Enfermagem e Farmácia, Gerência de Pessoal e Operacional e Supervisão de Faturamento.

Para a gestão do Pronto Atendimento Municipal de Colina - SP, a equipe gestora da unidade contará com o suporte técnico-administrativo da equipe da sede da *Solution Gestão Pública*, uma vez que a Gerência Administrativa da Unidade está ligada diretamente a Diretoria de Assistência à Saúde.

A Diretoria de Assistência à Saúde é o órgão da *Solution Gestão Pública* que acompanhará a execução das atividades propostas para o Pronto Atendimento e o cumprimento do Contrato de Gestão. Gestores ou técnicos desta Diretoria realizam monitoramento diário das ações, bem como visitas mensais com vistas a apoiar a equipe gestora local e orientar quanto aos fluxos

administrativos e técnicos. A Diretoria Médica da *Solution Gestão Pública* assume também a responsabilidade de acompanhar as ações médicas do Pronto Atendimento acompanhando o cumprimento das metas médicas, a implantação dos protocolos de assistência e a participação dos médicos nas comissões e núcleos técnicos.

Além das duas Diretorias Técnicas, a equipe gestora do Pronto Atendimento contará com o apoio da Diretoria Financeira para execução fiscal e elaboração de prestação de contas; da Diretoria de Administração no apoio a aquisição de insumos e contratação de serviço, bem como na incorporação do Projeto de Qualidade; da Diretoria de Infraestrutura e TI nas atividades que envolvam a manutenção predial e de equipamentos, bem como na implantação dos sistemas de uso administrativo e assistencial; e da Diretoria Jurídica no acompanhamento de ações judiciais ou questionamento de órgãos como o Ministério Público.

Toda essa equipe da *Solution Gestão Pública* irá dar apoio técnico e administrativo as ações solicitadas pela prefeitura de Colina no que tange as ações assistenciais do Pronto Atendimento Municipal.

4. Descrição das atividades e seus objetivos

Trata-se de uma unidade de saúde que funciona em horário integral, inclusive nos fins de semana. É um novo modelo de atendimento, um novo conceito em saúde. A unidade está equipada para atender aos usuários em necessidades de pronto atendimento e qualquer situação de emergência.

Há consultórios de clínica médica, serviços de laboratório e raio-x. Também conta com leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, nebulização e uma “sala de emergência”, para estabilizar os pacientes mais graves até serem levados a um hospital 24 horas, também está preparada para realizar pequenas suturas.

Os cidadãos precisam conhecer a função do Pronto Atendimento para utilizar o serviço sempre que necessário, de forma adequada.

COMPETÊNCIA DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE COLINA - SP

I – Urgência e emergência traumáticas e não traumáticas

II – Realização de exames laboratoriais, eletrocardiográficos e radiológicos para diagnosticar situações de urgência e emergência

III – Distribuição de medicamentos para que o paciente realize o tratamento domiciliar em situações de urgência

IV – Apoio ao atendimento de unidades móveis do Corpo de Bombeiros como referência para pacientes com emergências, que possam lá ser resolvidas no local, ou apoio médico a unidades básicas ou intermediárias

V – Realização do transporte de enfermos que lá tenham recebido seu primeiro atendimento

VI – Estabilizar pacientes com emergências, removendo-os imediatamente após regulação para o hospital de referência

Em se tratando da descrição das atividades de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento, a *Solution Gestão Pública* segue o preconizado no Artigo 3º e 5º da Portaria nº 10/2017:

Art. 3º São diretrizes do Pronto Atendimento 24h:

I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;

II - Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

III – acolhimento com classificação de risco e humanização;

Art. 4º - As ações do Pronto Atendimento deve fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU, a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Art. 5º Considerar-se-á o Pronto Atendimento 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades:

I - Acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento no Pronto Atendimento 24h;

II - Articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

III - Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento;

IV - Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

V - Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

VI - Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados ao Pronto Atendimento;

VII - Prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e

VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

Parágrafo único.

O apoio diagnóstico do Pronto Atendimento 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade. Neste sentido, na perspectiva de auxiliar os trabalhos da Promotoria de Justiça solicitante, sugere-se que sejam requisitadas informações junto à Secretaria Municipal de Saúde local acerca dos quadros da equipe e estrutura da Unidade, dos protocolos existentes, assim como se os mesmos estão sendo devidamente aplicados, realizando-se, portanto diagnóstico situacional, visando, juntamente com a Comissão Intergestores Regional – CIR, avaliar a capacidade atual de atendimentos da Unidade e a demanda atual do serviço, com o fito de avaliar a capacidade do Pronto Atendimento, e verificar, ainda, o fluxo de atendimentos nas demais “Portas de Entrada” da região, para posterior análise de eventuais providências visando otimizar o atendimento no referido Pronto Atendimento 24 horas.

O Pronto Atendimento 24 horas diminui o número de pacientes na fila dos hospitais porque tem condições de resolver muitos problemas de saúde que levam as pessoas a procurarem as emergências hospitalares, Sete em cada dez pacientes que chegam aos hospitais não são casos de emergência e acabam superlotando essas unidades. Estes casos são tão importantes quanto os mais graves, podem e devem ser atendidos no Pronto Atendimento 24 horas e encaminhados para unidades básicas para segmento de tratamento. No Pronto Atendimento, vamos atender, por exemplo, pessoas com dor de cabeça, febre, mal estar, crises de pressão alta e diabetes.

Como objetivo, a *Solution Gestão Pública* estabelece o Pronto Atendimento como sendo uma estrutura que busca contribuir para a melhoria dos serviços de Saúde oferecidos à população. São objetivos do Pronto Atendimento:

- 1- Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade.
- 2- Garantir acesso da população o atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos.
- 3- Fazer atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de qualidade e resolutivo à população.
- 4- O primeiro atendimento rápido, estabilização e observação de pacientes por períodos de até 24 horas, de acordo com a classificação de risco, antes de sua remoção para o tratamento definitivo ou liberação para acompanhamento ambulatorial.
- 5- Apontar o direcionamento para os hospitais da rede, pela Central de Regulação de Vagas dos casos com necessidades de internação.
- 6- Encaminhar os enfermos que realmente necessitam de cuidados hospitalares.
- 7- Realizar o sistema de atendimento pré-hospitalar móvel servindo como referência de casos com menos complexidade que necessitem de observação ou de procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência ambulatoriais.

Prazo: As atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde discutidas neste tópico entrarão em vigor a partir da data de assinatura do contrato de gestão entre a Prefeitura de Colina e a *Solution Gestão Pública*. O prazo para execução das demais atividades está descrito no item 22 da presente proposta técnica.

Monitoramento: O monitoramento das atividades assistenciais será feito pela equipe técnica da *Solution Gestão Pública* e apresentada a Prefeitura de

Colina mensalmente. Os critérios de avaliação das atividades estão descritos no item 12.

5. Descrição das atividades de educação continuada

A Educação Continuada é um processo de educação profissional que visa atender as necessidades de formação dos recursos humanos em saúde frente às transformações econômica, sociais e tecnológicas. Um componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições.

Introdução

O desenvolvimento regular e sistemático de atividades educativas, visando mudanças no processo de trabalho para a qualidade e o aperfeiçoamento contínuo da equipe de saúde, dentro de um Programa de Educação Continuada, é uma atribuição da Coordenação de Enfermagem, visando o aperfeiçoamento constante de seus profissionais.

O Unidade de Pronto Atendimento 24h tem como finalidade prestar um cuidado resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, prestar primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a outros serviços de atenção à saúde.

Deste modo, os profissionais que ingressam no Unidade de Pronto Atendimento 24h necessitam de uma instrumentalização específica para atuar nessas unidades.

Desde 2004 o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e continuada, que teve reorientações em sua implementação em 2007, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde.

Essa política surgiu com a proposição de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social / participação popular; a

organização dos serviços de saúde e respectivos processos de trabalho e as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

A PNEPS materializa as reivindicações coletivas da Saúde Pública Brasileira, em transpor o modelo do foco na doença para o de necessidades de saúde de populações e territórios e instituir valores relacionados ao protagonismo e corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar.

Nesta perspectiva, a educação continuada (EC) passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da população, em cada realidade regional e nível de complexidade.

A EC visa a aprendizagem significativa no trabalho, realizada a partir das reflexões críticas dos profissionais em relação às necessidades no dia a dia, permitindo a transformação das práticas e a organização do trabalho, em que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das pessoas e da instituição

A Constituição federal (Art 200), a Lei 8.8080/90 e outras legislações atribuem ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos, ou seja, atribui às Secretarias de Saúde o papel de desenvolver estratégias de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de acordo com as necessidades de saúde da população e desenvolvimento do SUS.

A *Solution* Gestão Pública compreende a importância da Educação Continuada em saúde como política, e proposta de ação estratégica contribuindo para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização de ações e serviços dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Assim, o processo de mudança da formação em saúde deve romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitem recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

O Enfoque da Educação Continuada ao contrário da perspectiva da formação tradicional, representa uma importante mudança na concepção e na

prática da capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, ou seja:

- Incorporar o ensino aprendizagem à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais elaborais, no contexto real em que recorrem.
- Modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir das práticas como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer.
- Colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação ao invés de receptores.
- Abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar
- Ampliar os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência;

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Continuada, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

Funcionamento das Atividades

As atividades da EC serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação, sendo:

- Identificação das necessidades de aprimoramento dos profissionais de enfermagem e dos serviços, por meio da coleta de dados em cada ambiente.
- Viabilização dos espaços para a realização dos treinamentos, oficinas, seminários, cursos, etc.
- Elaboração e divulgação do cronograma dos treinamentos.

- Sensibilização dos profissionais sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Todas as atividades são desenvolvidas conforme a necessidade e respeitando o perfil de cada grupo profissional, de forma que todos recebam as capacitações previstas em cronograma.

Como já citado no escopo deste projeto muitas iniciativas de EC, se concretizam pela formalidade e necessidade técnica da Educação Continuada que se organiza segundo o cronograma da *Solution* Gestão Pública, por entendimento de que algumas temáticas devem ser continuadas e permanente.

A EC trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições. Processo Necessário para sustentação do Modelo de Co-Gestão.

Os treinamentos são divididos em 2 blocos:

1. Básico: Este bloco constitui o treinamento mínimo obrigatório que todos os setores envolvidos com a assistência ao paciente devem desenvolver.

2. Específico: Este bloco é realizado de acordo com a necessidade de cada setor/equipe. Nesta situação, além do treinamento, são planejados conjuntamente os processos de atualização de normas e rotinas, de avaliação e de supervisão sistemática.

Treinamentos Permanentes

O Treinamento Permanente pode ser entendido como processo contínuo de Educação. Seu intuito é de desenvolver os colaboradores, levando-os a melhorar suas competências e ter maior satisfação no trabalho, com a valorização profissional e institucional, tendo como papel estratégico a prática assistencial de excelência. Assim, fundamenta-se em uma prática baseada em evidências científicas, da capacidade de tomada de decisão, da preocupação em desenvolver a liderança, na comunicação verbal e escrita, na melhoria do relacionamento interpessoal, da visão no resultado que efetivamente colabora

para o estabelecimento de uma excelente relação de cuidados entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família.

A capacitação da equipe é realizada por meio de um plano anual de desenvolvimento estratégico de treinamentos. Esta estratégia de treinamento é flexível mediante a necessidade de intervenção pontual na ocorrência de eventos, de não conformidades em processos, na busca ativa, nos resultados dos indicadores assistenciais, na implantação de rotinas e na capacitação específica de um procedimento técnico.

Treinamento de Integração

O treinamento de integração é um processo de aprendizagem de curta duração que, mediante uma técnica ou uma combinação de procedimentos, visa dotar funcionários novos de habilidades, conhecimentos e competências de forma a melhorar seu desempenho no cargo atual.

A integração, também conhecida por socialização organizacional, visa ajudar os colaboradores a compreender os aspectos sociais, técnicos e culturais de seu novo local de trabalho. A instituição precisa socializar, integrar seus novos colaboradores adequadamente em sua forma de trabalho, em geral, criar um ambiente agradável e acolhedor na fase inicial do emprego.

Tudo se inicia na recepção do profissional na empresa, nesse momento ele precisa receber informações básicas referente a estrutura organizacional, missão, visão, valores, atribuições da empresa e junto as boas-vindas ao novo ambiente.

Treinamento do colaborador

Durante o treinamento de integração, os novos contratados receberam orientações gerais sobre o trabalho na unidade, sobre as normas e rotinas da unidade e diversos esclarecimentos.

Através do Treinamento, envolvemos a transmissão de conhecimentos específicos relativos ao trabalho, podemos aprender conhecimentos e habilidades para um futuro definido, além de nos adequar para exercer determinada tarefa, função ou cargo na empresa, assim, ajuda a alcançar os

objetivos da instituição, fornecendo a possibilidade e oportunidade para o crescimento, a prática e a conduta adquirida na organização.

Objetivo do Programa de integração

O principal objetivo do treinamento é preparar as pessoas para a execução imediata das diversas tarefas inerentes de seu cargo.

O Programa de Integração é um programa formal e intensivo de treinamento inicial destinado a novos colaboradores. Um Programa de Integração envolve muito mais do que o mero repasse de informações. Consiste em buscar a melhor relação entre o colaborador e a instituição, de forma que o recém-chegado possa conhecê-la e tornar-se parte dela, visando ajustá-lo ao ambiente.

Portanto, visa ajudá-lo a compreender os aspectos sociais, técnicos e culturais do local de trabalho. Este treinamento não é apenas um detalhe da delicadeza humana que devemos a todos, mas também se constitui numa estratégia gerencial.

Realização do Programa de Integração

A *Solution* Gestão Pública sugere um Programa de Integração de pelo menos 2 dias, onde serão apresentados conteúdos informativos do funcionamento de diversos setores da unidade.

Conteúdos sugeridos:

- Tour pela unidade;
- Processos relacionados à segurança do trabalho e Biossegurança;
- Características institucionais e físicas da unidade;
- Processos e fluxos do Departamento Pessoal; Hierarquias, Organogramas e Fluxogramas da unidade; Legislação Trabalhista;
- Direitos e deveres dos colaboradores da unidade;
- Relacionamento Interpessoal e etiqueta profissional;
- Apresentação do Manual de Normas e Rotinas do setor de trabalho, onde o profissional terá o descritivo das atividades desenvolvidas no setor que este prestará serviço.

Espera-se que com o Programa de Integração todos os funcionários contratados da unidade horas, sintam-se acolhidos e demonstrem seu aprendizado na prática cotidiana, no atendimento e assistência; mantenham-se qualificados dentro das diretrizes institucionais e fundamentados pelos princípios do SUS, trazendo benefícios para a instituição, retendo e motivando o profissional a dedicar-se ao trabalho reconhecendo a instituição como uma aliada na sua ascensão profissional e pessoal.

Avaliações de Eficácia

As avaliações nos conduzem para uma melhor visualização do novo aprendizado. Não basta só treinar, é necessário encontrarmos uma melhor forma de mensurar o conteúdo assimilado ou não pelos participantes. Devemos ter uma ideia, a priori, quanto ao impacto causado pelo treinamento, bem como medir os níveis de aprendizagem e conhecimentos adquiridos, técnicos e relacionais refletidos na mudança de comportamento do colaborador.

Para garantir a eficácia de um treinamento será aplicada avaliação pós-treinamento, que será realizada em períodos distintos:

- Avaliação de Reação (curto prazo) será sempre aplicada ao término de todos os treinamentos. O objetivo é medir a percepção dos participantes em relação às experiências de aprendizado, ao conteúdo, ao facilitador e a relevância para o trabalho;
- Avaliação de Aprendizagem, quando prevista no formulário Plano de Aula, deverá ser aplicada ao término de cada evento e ter a média mínima de 70% do total da avaliação, seguindo o padrão de instituições de formação técnica. Esta, por sua vez, deverá ser discutida entre instrutor, Gestor da área e NEP, visualizando a melhor forma para aplicação. Deve ser corrigida pelo instrutor do treinamento e entregue ao NEP para arquivamento com a devida nota, assinada pelo instrutor. Caso essa avaliação não atinja os índices esperados, cabe ao NEP planejar, junto ao requisitante do treinamento, uma forma de replicar o assunto abordado;

- A Avaliação de Eficácia (médio e longo prazo) tem como objetivo avaliar a retenção e aplicabilidade do conhecimento adquirido. Este é o resultado tangível, mensurado da cadeia de evidências que valida o que os níveis anteriores mostram por meio de dados.

Treinamentos Externos

Referem-se a cursos, seminários, congressos, palestras, workshops, encontros e similares. A *Solution* Gestão Pública deverá manter controle referente a esses treinamentos. Os cursos externos ou eventos devem ser indicados, de forma seletiva, aos colaboradores que tenham necessidade para o aprimoramento e/ou reciclagem/atualização da função. O gestor deverá encaminhar solicitação à *Solution* Gestão Pública que visualiza se o conteúdo está alinhado com a descrição de cargo do respectivo colaborador e a viabilidade de participação. Em todos os casos, o participante deverá entregar à *Solution* Gestão Pública, para fins de arquivamento e consulta posterior, uma cópia do certificado de participação, uma cópia do material didático fornecido. Em conjunto, será analisada a metodologia e didática utilizada para a propagação do conhecimento adquirido para as) equipe(s) de trabalho, sempre que pertinente.

Em casos pontuais, a *Solution* Gestão Pública poderá solicitar a contratação de consultoria externa para a realização de treinamentos específicos para os profissionais da Unidade.

Abaixo descrevemos sugestão de planejamento anual de treinamentos que será adequado à unidade de saúde de acordo com a necessidade identificada pelo NEP da *Solution* Gestão Pública:

Mês	TREINAMENTO	TIPO	PÚBLICO	CARGA HORÁRIA	INSTRUTOR	RESPONSÁVEL
1	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
1	SAE - Sistematização	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem

	da Assistência Farmacêutica					
2	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
2	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
2	Programa de Segurança do Paciente	Institucional	Equipe multiprofissional	12	Interno	NSP - Núcleo de Saúde do Paciente
3	Protocolo de Cirurgia Segura	Específico	Equipe multiprofissional	4	Interno	NSP - Núcleo de Saúde do Paciente
3	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
3	Central de Material e Esterilização	Específico	Enfermagem	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
4	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
4	Acolhimento com Classificação de Risco	Específico	Médicos e Enfermeiros	6	Interno	RT Enfermagem
5	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
5	Atendimento à Urgências	Específico	Médicos e Enfermeiros	6	Interno	RT Médico
5	Higienização das Mãos (prática)	Institucional	Equipe multiprofissional	0.25	Interno	NEP/SCIH
5	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
5	Imobilização Ortopédica	Específico	Enfermagem	1	externo	RT Enfermagem
6	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente

6	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
6	Estabilização	Específico	Enfermagem	2	Interno	RT Enfermagem
6	Coleta de Exames	Específico	Enfermagem	1	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
6	Curativos	Específico	Enfermagem	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
7	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
7	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
7	Curativos	Específico	Enfermagem	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
7	Biossegurança	Institucional	Equipe multiprofissional	2	Interno	Segurança do Trabalho
7	Profilaxia Antirrábica	Específico	Enfermagem	1	Interno	SCIH
7	Tipos de Prevenção	Institucional	Equipe multiprofissional	2	Interno	SCIH
8	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
8	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
8	Registro em Prontuário	Específico	Enfermagem	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
8	Choque	Específico	Enfermagem	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
8	Protocolo PEP	Específico	Enfermagem	1	Interno	SCIH
8	Biológicos	Específico	Enfermagem	1	Interno	SCIH
8	Higienização e Limpeza	Específico	Auxiliar de Higiene	1	Interno	Segurança do Trabalho
8	Recepção	Específico	Recepcionistas	2	externo	Recepção

8	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe multiprofissional	8	externo	Segurança do Trabalho
9	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
9	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
9	Registro em Prontuário	Específico	Enfermagem	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
9	Acidentes de Trabalho	Institucional	Equipe multiprofissional	2	Interno	Segurança do Trabalho
9	Intoxicação Exógena	Específico	Enfermagem	1	Interno	SCIH
9	Marketing Pessoal	Institucional	Equipe multiprofissional	2	Interno	SAL
9	Vestimento e Postura	Institucional	Equipe multiprofissional	2	externo	Recepção
9	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe multiprofissional	8	externo	Segurança do Trabalho
10	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
10	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
10	Administração de Medicamentos	Específico	Equipe multiprofissional	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
10	BLS, ACL, ATLS, PALS	Institucional	Equipe multiprofissional	2	externo	NEP - Núcleo de Educação Permanente
10	Dispensação de antirretrovirais	Específico	Enfermagem/Farmácia	1	Interno	Farmácia
10	N35 - Trabalho em altura	Específico	Auxiliar de Manutenção	2	externo	Segurança do Trabalho
10	Contaminação em Saúde e seus riscos	Institucional	Equipe multiprofissional	1	Interno	Segurança do Trabalho
10	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe multiprofissional	8	externo	Segurança do Trabalho

10	BLS, ACL, ATLS, PALS	Específico	Médicos e Enfermeiros	8	externo	NEP - Núcleo de Educação Permanente
11	Integração	Institucional	Equipe multiprofissional	6	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
11	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12	Interno	RT Enfermagem
11	Administração de Medicamentos	Específico	Equipe multiprofissional	2	Interno	NEP - Núcleo de Educação Permanente
11	Dispensação de medicamentos	Específico	Equipe multiprofissional	1	Interno	Farmácia
11	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe multiprofissional	8	externo	Segurança do Trabalho
11	BLS, ACL, ATLS, PALS	Específico	Equipe multiprofissional	8	externo	NEP - Núcleo de Educação Permanente
12	Fechamento Anual	-	-	-	-	NEP - Núcleo de Educação Permanente

Abaixo, apresentamos um modelo de Termo de Referência para desenvolvimento de projeto em educação continuada e permanente.

Termo de Referência para desenvolvimento de projeto em educação continuada e permanente com vistas a capacitação da equipe multidisciplinar

Modelo de Termo de Referência para desenvolvimento de projeto em educação continuada e permanente

1. DO OBJETO

Contratação de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, cadastrada na Rede Nacional de Capacitação e Educação Continuada e Permanente do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para execução de **CURSO DE XXXXXXXXX**

2. DA JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO

XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

3. DA DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

3.1 No que se refere aos aspectos de organização e infraestrutura (espaço físico das salas, recursos tecnológicos, deslocamento, alimentação e hospedagem dos participantes), a execução do objeto expresso no item 1 deverá obedecer aos requisitos descritos no corpo deste Termo de Referência.

3.2 No que se refere aos aspectos didáticos e pedagógicos (objetivos, público, perspectiva didático pedagógica, conteúdos, carga horária, atividades pedagógicas, avaliação de aprendizagem, certificação etc) a execução do objeto expresso no item 1 deverá obedecer ao que estabelece o Projeto Pedagógico do Curso

3.3 Da Organização da Execução do Curso

3.3.1. O curso objeto deste Termo de Referência será executado integralmente no município xxxxxxxxxxxx, capital do estado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

3.3.2. Os participantes serão distribuídos em Turmas que contarão com o máximo de xx (xxxxxx) alunos;

3.3.3. Considerando a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento das atividades pedagógicas, o local de realização da capacitação deverá dispor, para cada Turma, no mínimo, de: 1 (uma) sala com acomodação para xx (xxxxxx) participantes destinada às aulas expositivas; 1 (uma) sala com acomodação para xx (xxxxxx) participantes destinadas ao funcionamento de 1 (uma) Oficina de Aprendizagem; 1 (uma) sala para funcionamento da secretaria acadêmica e da coordenação do cursos; banheiros feminino e masculino, equipados de material de higiene; bebedouro e água potável em quantidade suficiente para atender aos participantes; acessibilidade às pessoas com deficiência, conforme as normas pertinentes;

3.3.4. As salas destinadas às aulas expositivas e às Oficinas de Aprendizagem deverão dispor adicionalmente de computador com acesso a Internet, data-show, tela de projeção, flip-chart e pincéis em quantidade suficiente;

3.3.5. O espaço destinado à coordenação e à secretaria acadêmica deverá dispor de, no mínimo, 1 (um) computador com acesso à internet, telefone, máquina copiadora, impressora e suprimentos de informática suficientes para o pleno funcionamento das atividades da coordenação e secretaria acadêmica;

3.3.6. No prazo de xx dias a partir da assinatura do contrato, a Unidade XXXXXXXX disponibilizará à Contratada lista com o nome e o endereço de contato dos funcionários indicados para participarem do curso. A partir de então, a Contratada terá prazo de xx dias para mobilizar e inscrever os participantes, montar as Turmas e redefinir as datas de sua realização;

3.3.7. A partir da assinatura do contrato, a Contratada terá prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para execução do Curso objeto deste termo de Referência.

3.4 Da Certificação

3.4.1. Os participantes com pelo menos 75% de presença nas atividades da Capacitação e aproveitamento satisfatório nas atividades de avaliação da aprendizagem prevista no Projeto Pedagógico do curso receberão certificado de conclusão do curso, emitido pela Contratada;

3.4.2. Cabe à contratada a entrega dos certificados de conclusão do curso aos alunos que atenderem aos critérios expressos no subitem anterior.

3.5 Da Equipe Técnica

3.5.1. Para a execução dos serviços, objeto deste Termo de Referência, a Contratada deverá dispor de equipe técnica formada por:

- a) durante toda a vigência contratual: 1 (um) Coordenador Geral e 1 (um) Coordenador Pedagógico;
- b) para a execução de cada Turma: pelo menos 2 (dois) professores responsáveis pelas aulas expositivas/dialogadas e oficinas de aprendizagem do curso.

3.5.2. Os profissionais deverão apresentar as qualificações e experiência abaixo especificadas:

a) Coordenador Geral:

Formação acadêmica: mestrado ou doutorado em Administração, Ciências Sociais, Serviço Social, Psicologia, Ciência da Educação ou Pedagogia.

Experiência profissional: em coordenação de ações de formação de pessoas ou capacitação profissional, preferencialmente na área de políticas sociais.

Atribuições – coordenação administrativa e gerencial da execução do curso e interlocução com os atores envolvidos.

b) Coordenador Pedagógico:

Formação acadêmica: especialização, mestrado ou doutorado em xxxxxxxxxx.

Experiência profissional: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Atribuições – coordenar a execução da capacitação quanto aos aspectos pedagógicos e no que se refere ao trabalho da equipe docente.

c) Equipe Docente:

Formação acadêmica: graduação xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Experiência profissional: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Atribuições – ministrar o curso conforme Projeto Pedagógico

3.5.3. A Contratada fica obrigada a alocar na execução da Capacitação objeto deste Termo de Referência a integralidade da Equipe Técnica que tenha participado da Oficina de Alinhamento de Conteúdos, sem prejuízo das modificações que se fizerem necessárias, desde que mantida a compatibilidade com os critérios de formação acadêmica e experiência profissional exigidos;

3.5.4 - Em caso de necessidade de substituição de um componente da Equipe Técnica, a Contratada deverá comunicá-la imediatamente ao Contratante, mediante ofício, justificando a substituição e informando os dados do substituto (por meio de currículo), respeitados os requisitos de formação acadêmica e experiência profissional exigidos.

3.6 Da Descrição das Atividades

O conjunto de atividades necessárias à execução do objeto deste Termo de Referência serão realizadas em 3 (três) fases assim compreendidas: Fase Preparatória, Fase de Execução e Fase de Conclusão.

3.6.1. Da Fase Preparatória

A Fase Preparatória terá duração de xx(xxxxx) dias corridos, contados a partir da assinatura do Contrato. Durante esta fase, serão realizadas as seguintes atividades:

- 1) Reunião Inicial, com duração de um dia, entre o Contratante e os Coordenadores Geral e Pedagógico da Contratada, a ser realizada no prazo de até 15 dias da assinatura do contrato, para tratar de assuntos gerais da execução do curso.
- 2) Mobilização e inscrição dos participantes, montagem das Turmas e definição das datas de sua realização

3.6.2. Da Fase de Execução

Concluídos os xx(xxxx) dias da Fase Preparatória, a Contratada terá prazo de xx(xxxxx) dias para execução do curso para todas as Turmas. Nesta fase serão realizadas as atividades a seguir descritas.

- 1) Distribuição aos participantes do material didático disponibilizado pelo Contratante.
- 2) Realização do curso propriamente dito, conforme parâmetros e especificações contidos neste Termo de Referência.
- 3) Confecção e envio de certificado de conclusão do curso aos participantes com pelo menos 75% de presença nas atividades do curso e aproveitamento satisfatório na avaliação de aprendizagem.

3.6.3. Da Fase de Conclusão

Concluídos os xx (xxxx) dias da Fase de Execução, a Contratada terá prazo de xx (xxx) dias corridos para realizar as atividades da Fase de Conclusão, a seguir detalhadas.

- 1) Reunião Final entre o Contratante e os Coordenadores Geral e Pedagógico da Contratada, a ser realizada no prazo de até xx dias do encerramento da execução do curso, para apresentação e avaliação dos resultados da Capacitação.

3.6.4. Do Cronograma de Atividades

Atividades		Prazo
1	Reunião inicial	Até 15 dias após a assinatura do contrato.
2	Mobilização dos participantes, montagem das Turmas e definição das datas de sua realização	Até 40 dias após a assinatura do contrato.
4	Inscrição dos participantes	Até 90 dias após a Reunião inicial.
6	Execução do curso	Do encerramento da Fase Preparatória até 140 dias após a assinatura do contrato
7	Reunião de Acompanhamento	Quando da execução de 50% da meta de capacitados
8	Reunião final	Do encerramento da Fase de Execução até 160 dias após assinatura do contrato
9	Entrega de certificados	Até o prazo de encerramento do contrato: 210 dias de sua assinatura

3.7 Dos Produtos Exigidos

O atesto da realização dos serviços especificados no item 3 deste Termo de Referência será dado pelo Contratante com base nos critérios seguintes a serem entregues pela Contratada:

- 1) Relatório descrevendo de forma pormenorizada as atividades da Fase de Execução realizadas até o momento em que se tenha atingido o percentual de

100% (setenta e cinco por cento) da meta de capacitados. Dele devem constar os seguintes dados e informações:

- ✓ Análise do processo de execução: problemas e dificuldades encontrados, ações saneadoras adotadas;
- ✓ Quantitativo de alunos desistentes (alunos inscritos porém ausentes) , evadidos (alunos presentes porém não concluíram toda a carga horária) e de substituições realizadas, com as respectivas identificações pessoais e por município;
- ✓ Quantitativo de turmas realizadas e de alunos capacitados, com as respectivas identificações pessoais e por município;
- ✓ Descrição da infraestrutura disponibilizada pelo local de realização do curso, da logística de deslocamento, hospedagem e alimentação dos participantes;
- ✓ Descrição e problematização do trabalho pedagógico desenvolvido nas aulas expositivas e nas oficinas de aprendizagem e do desempenho da equipe pedagógica;
- ✓ Memorial fotográfico que contemple em plena utilização: sala de aula, sala de oficina de aprendizagem, sala da secretaria executiva e coordenação e refeitório.

2) Lista e quantitativo de participantes inscritos

3) Listas de freqüência das turmas realizadas, contendo as seguintes informações: Turma, datas, nomes dos participantes, números dos CPFs e respectivas assinaturas;

4) Listas com o nome dos participantes alimentados, especificando quantidade de refeições individuais por dia, números dos CPFs e respectivas assinaturas;

5) Arquivo contendo as fichas de cadastro dos perfis dos inscritos.

6) Planilha financeira discriminando os custos incorridos com a discriminação de: tipo e número do documento fiscal, data, valor, nome do fornecedor, descrição do produto ou serviço.

O Relatório deverá ser entregue à Secretaria XXXXX em meio eletrônico e em três vias impressas e assinadas. O cadastro com o perfil dos inscritos deverá ser entregue apenas em arquivo eletrônico. As listas, em apenas uma via impressa; no caso das listas de freqüência, as originais.

4. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

A vigência do Contrato será de XX (xxxx) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo.

5. DO PAGAMENTO

5.1 O pagamento será efetuado com base: a) na apresentação de Nota Fiscal/Fatura dos serviços prestados pela Contratada; b) na apresentação, pela contratada, e aprovação, pela Unidade XXXXX, dos produtos descritos no item 3.7 – Dos Produtos Exigidos.

5.2 O pagamento será efetuado pela Unidade no quinto dia útil subsequente;

5.3 Quaisquer despesas não constantes dos termos contratuais e não autorizadas antecipadamente pelo Contratante serão de inteira responsabilidade da Contratada, não cabendo a esta qualquer espécie de ressarcimento.

6. DO ACOMPANHAMENTO

6.1 Coordenador Geral do Curso, indicado pela Contratada, atuará como preposto desta frente ao Contratante e responderá administrativamente pela execução do Contrato;

6.2 Para fins de comprovação da efetiva realização do curso, do atendimento aos critérios e padrões de execução estabelecidos neste Termo de Referência, da qualidade e dos resultados da ação, a execução do curso será acompanhada, monitorada e avaliada por equipe técnica da secretaria XXXXX em parceria com o MDS, devendo a Contratada:

6.3 Disponibilizar, sempre que solicitado pelo Contratante, as informações e os documentos relativos à gestão e à execução do curso, tais como faturas, notas fiscais, comprovantes de pagamentos à equipe técnica, entre outros;

6.4 Aplicar instrumento de Avaliação de Reação dos Alunos, elaborado e disponibilizado pelo Contratante;

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 7.1 Mobilizar o público destinatário e garantir sua efetiva participação no curso;
- 7.2 Executar as atividades relacionadas à inscrição dos participantes e à formação de cadastro contendo o perfil dos alunos;
- 7.3 Executar o curso com base nos parâmetros, critérios, metodologias e perspectiva pedagógica que constam deste Termo de Referência;
- 7.4 Apresentar, nos prazos previamente definidos, na forma impressa e em meio eletrônico, os produtos definidos neste Termo de Referência;
- 7.5 Disponibilizar os recursos humanos e logísticos necessários à correta e completa execução do objeto contratado;
- 7.6 Apresentar à unidade XXXXX os produtos previstos no item 3.7 (Dos Produtos Exigidos), para aprovação dos mesmos e conseqüente encaminhamento de pagamento das parcelas correspondentes aos serviços realizados;
- 7.7 Distribuir aos participantes, no início do curso, em cada Turma, o material didático a ser utilizado;
- 7.8 Entregar aos alunos que tiverem concluído a Capacitação com, no mínimo, 75% de presença e aproveitamento satisfatório nas atividades de avaliação da aprendizagem, os certificados de conclusão a que têm direito.

8. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 8.1 Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada, necessários à execução dos serviços contratados.
- 8.2 Assegurar-se da boa prestação dos serviços, verificando sempre o seu bom desempenho.
- 8.3 Fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas pela Contratada.
- 8.4 Disponibilizar o material didático do curso, cuja distribuição aos participantes caberá à Contratada.
- 8.5 Manter a Contratada informada sobre eventual atualização dos conteúdos da capacitação;
- 8.6 Validar os produtos previstos no item 3.7 (Dos Produtos Exigidos) e efetuar o pagamento das parcelas correspondentes aos serviços realizados, conforme item 6 (Do Pagamento);
- 8.7 Monitorar e Avaliar a execução do curso contratado.

9. DO VALOR ESTIMADO

XX

10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1 O atraso injustificado na execução do objeto implicará multa de mora em desfavor da Contratada, a qual será computada conforme especificações a seguir:

- a) do 1º (primeiro) ao 30º (trigésimo) dia de atraso: aplicação de multa de 0,033% (trinta e três milésimos por cento) por dia de atraso;
- b) do 31º (trigésimo primeiro) ao 45º (quadragésimo quinto) dia de atraso: aplicação de multa de 0,044% (quarenta e quatro milésimos por cento) por dia de atraso;
- c) do 46º (quadragésimo sexto) ao 60º (sexagésimo) dia de atraso: aplicação de multa de 0,050 (cinquenta milésimos por cento) por dia de atraso.

10.2 Atrasos superiores a 60 (sessenta) dias configurar-se-ão em flagrante inexecução do serviço;

10.3 A multa aplicada, após regular processo administrativo, será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Contratante ou cobrada judicialmente;

10.4 Previamente à aplicação das multas previstas neste item ou de qualquer outra sanção poderá a Contratada apresentar defesa, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data em que for notificada a respeito;

10.5 Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso na execução do serviço, advir de caso fortuito ou motivo de força maior.

10.6 Da sanção aplicada caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da notificação, à autoridade superior àquela que aplicou a sanção.

10.7 Caberá ao Ordenador de Despesas, após o devido processo legal, garantido o contraditório e a ampla defesa, decidir pela aplicação da sanção administrativa cabível.

XXXXX, ____ de _____ de 20XX

6. Implantação e monitoramento das comissões

11.1 Comissão de óbitos

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurado, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

a) *Proposta de Constituição (membros, finalidade)*

ÁREA	QUANTIDADE
Corpo Clínico (efetivo)	5
Corpo Clínico (suplentes)	2
Enfermagem	2

Constituição 60 dias após assinatura do Contrato de Gestão
Funcionamento 90 dias após assinatura do Contrato de Gestão

OBJETIVOS

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos na Unidade;

2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO.

3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

MANDATO

O mandato será de 12 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, será nomeado 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.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Esta comissão funcionará com metodologia própria e formulários previamente desenvolvidos e expostos adiante.

A análise dos prontuários de óbitos das unidades dar-se-á pela utilização de instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

Todos os impressos preenchidos com a análise dos óbitos serão digitados em um banco de dados formado pelas variáveis coletadas e o banco de cada ano será identificado em arquivo separado.

BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO (modelo abaixo)

BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO CRO COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome		
DN / /	Sexo: M() F()	Pediatria()
Data de Admissão / /		
FONTES DE INFORMAÇÃO		
1. () AIH		
2. () Relatório de alta		
3. () Declaração de óbito		
4. () Anotações médicas		
5. () Anotações de enfermagem.		
VARIÁVEIS ANALISADAS Autoexplicativas:		
Idade		
Sexo		
Data da internação		
Dia, data e hora do óbito.		
Diagnóstico de admissão		
Diagnóstico final e causa mortis		
Óbito antes do início do tratamento		
Óbito antes de 48 horas		
Acidentes ou falhas operacionais categorizadas		
Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado.		
Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;		
Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas		

Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada
Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal
Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal
Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente
Dia mais frequente
Horário de predomínio
SETORES OU ESPECIALIDADES
1. () Emergência
2. () Clínica Médica
3. () Pediatria
4. () Observação Adulto/Pediátrica
FALHAS OPERACIONAIS
1. () Não realização de exame solicitado
2. () Não realização de procedimento solicitado
3. () Falta de material médico-hospitalar
4. () Falta de hemoderivados
5. () Falta de medicação prescrita
6. () Erro na administração de medicação prescrita
7. () Falha em equipamento médico-hospitalar
8. () Não conformidade no resultado de exames
9. () Falta de preenchimento de impressos de rotina
10.() Letra ilegível
11.() Falta de assinatura e registro de conselho
12.() Falta de vaga em setor crítico
13.() Queda do leito
14.() Formação de escaras
15.() Perda de acesso venoso central

16.() Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo
17.() Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical)
18.() Obstrução de vias aéreas por secreção
19.() Extravio de material para exames.
DIAGNOSTICOS
1. () Infarto Agudo do Miocárdio
2. () Acidente Vascular Cerebral
3. () Sepsis
4. () Edema Agudo do Pulmão.
5. () Outros
CLASSIFICACAO DO ÓBITO
Não evitável - quando a patologia existente justifica a evolução fatal;
Evitável - quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições operacionais;
Inconclusivo - quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade do avaliador chegar a uma conclusão.
CONCLUSÃO

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Atender a resolução do CFM de nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

A revisão dos óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições, bem como o conhecimento das causas de morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) unidade, será constituída por pelo menos cinco membros médicos e um enfermeiro, designados pelo superintendente, assim representados:

Serviço de Clínica Médica – supervisor médico
Serviço de Pediatria – supervisor médico
Serviço de Enfermagem
As reuniões ordinárias acontecerão até o dia 5 de cada mês, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião de caráter extraordinário.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- b. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- c. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

- d. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- e. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- f. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- g. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, bem como assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;
- h. Elaborar rotina de encaminhamento ao Serviço envolvido e Comissão de Ética dos casos pertinentes.
- i. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre na busca da qualidade com atuação de Educação Permanente;

§ 10 - 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. Subscriver 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.

§ 20 - São atribuições dos membros da CRO

- a. Comparecer às reuniões;

- b. Realizar o trabalho de coleta dos dados dos prontuários conforme determinado no capítulo anterior
- c. Efetuar estudos, coletar informações e preparar relatos determinados pelo presidente;
- d. Propor planos e estudos para a melhoria de qualidade da comissão e assistência hospitalar no que tange a assuntos de interesse e competência da comissão de óbitos
- e. Votar e justificar seu voto nas decisões colocadas em votação pelo presidente.

§ 30 - São atribuições e competências da secretária 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. Preparar a correspondência;
- g. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPITULO IV
DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3º - A Comissão de Óbitos, requisitará ao SAME, os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela mesma.

Artigo 4º - A comissão distribuirá os prontuários em escala de rodízio, entre os membros da comissão, para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Artigo 5º - O relator terá um prazo de cinco dias úteis para elaborar o seu parecer. Em casos excepcionais poderá haver solicitação de aumento do prazo.

Artigo 6º - Nos dias de reunião extraordinária da comissão, os relatores apresentarão seus pareceres que serão apreciados pelos demais membros.

Artigo 7º - Os prontuários não poderão ser retirados de dentro do Hospital.

CAPÍTULO V DAS REUNIÕES

Artigo 8º - As reuniões deverão acontecer mensalmente, com data, local e horários previamente definidos e informados.

Artigo 9º - Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da unidade.

Artigo 10º - A ausência de um membro em três reuniões distintas durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, através de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - As reuniões deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo de expediente e decisões tomadas.

Artigo 14º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo por todos os membros.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15º - Este Regimento está em consonância com a portaria conjunta MEC/MS, n.º 01/9.

Artigo 16º - Este Regimento poderá ser alterado:

Após avaliação de desempenhos se for o caso;

Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Em ambos os casos por proposta do diretor técnico de departamento.

c) Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS													
AÇÕES	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos Membros da Comissão	residente Comissão												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Realização de Oficina de capacitação dos membros da Comissão	Equipe												
Realização de orientações sobre preenchimento do Atestado	Equipe												
Implantação de Indicadores	Equipe												
Realização de reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe												
Realização de reunião com Comissão de Prontuários	Equipe												

11.2 Comissão de ética médica

Em cumprimento à RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002, alterada parcialmente pela Resolução CFM n.º 1.812/2007, a entidade 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.

a) Proposta de Constituição (membros, finalidade)

ÁREA	QUANTIDADE
Corpo Clínico (efetivos)	5
Corpo Clínico (suplentes)	4

Constituição 60 dias após assinatura do Contrato de Gestão

Funcionamento 90 dias após assinatura do Contrato de Gestão

Observações:

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.

Metade da comissão será composta por membros efetivos e a outra metade é composta por membros suplentes.

MANDATO

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

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

Os presidentes da comissão, assim como todos os outros membros, serão eleitos pelo corpo clínico da unidade.

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.

ATRIBUIÇÕES

1. 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;
2. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
3. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

4. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
5. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
6. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
7. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
8. Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
9. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
10. Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
11. 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;
12. Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
13. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.
14. 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.
15. A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.
16. 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.

OBJETIVOS

Esta comissão tem como objetivo primordial 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.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato

1. Eleição da Comissão de Ética e seu regimento de acordo resolução do CFM 1657/2002.
2. Nomear os membros da Comissão;
3. Validação da Comissão pelo CRM;
4. Validação do Regimento Interno;
5. Elaboração de Cronograma das reuniões mensais;
6. Elaboração de relatórios a direção;
7. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
8. Educação Continuada – criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
9. Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
10. Proceder à sindicância a pedidos de interessados, médicos, Conselho ou por iniciativa própria, visando diminuir conflitos e dúvidas existentes na Instituição;
11. 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;
12. Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde referente aos conflitos éticos;
13. Divulgar a magnitude e a importância do código de ética e seus respectivos indicadores;

FUNCIONAMENTO e ORGANIZAÇÃO

Esta comissão funcionará comunicando o Conselho Regional de Medicina, da forma como o mesmo solicita, sobre:

1. Indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
2. O exercício ilegal da profissão;
3. As irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
4. Práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.

Além de organizar-se no formato aconselhado pelo CRM. **FREQUÊNCIA DE REUNIÕES**

As reuniões ordinárias acontecerão a cada 60 dias, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião extraordinária.

Reunião Anual: Dezembro – primeira quarta-feira do mês para análise anual com implementação de Metas para o 2º ano de ação.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

b) Proposta de Regimento Interno

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.

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 no Hospital, como Diretor 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 no Hospital, 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 secretário, 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 da mesma, 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 Diretor 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 Hospitalar.

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética Médica Opinião:

- I. Educação Fiscalização Sindicâncias
- II. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

- III. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- IV. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- V. 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;
- 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 Diretor Clínico da Instituição.

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

c) *Cronograma de Atividade Anual*

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA													
AÇÕES	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Presidente Comissão												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Implantação de Indicadores da Comissão	Equipe												
Levantamento das necessidades do Corpo Clínico	Equipe												
Oficina de capacitação sobre Ética Médica	Equipe												
Realização de reunião com Comissão de Prontuário	Equipe												
Realização de reunião com Comissão de Óbito	Equipe												

11.3 Comissão de ética enfermagem

É um órgão supervisor da ética profissional na Instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

a) *Proposta de Constituição (membros, finalidade)*

ÁREA	QUANTIDADE
ENFERMEIRO	5
TÉCNICO/AUXILIAR	4

Constituição 60 dias após assinatura do Contrato de Gestão
Funcionamento 90 dias após assinatura do Contrato de Gestão

Sendo que quatro profissionais da enfermagem serão efetivos e um será suplente.

Entre os profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem, três serão efetivos e o outro suplente.

É incompatível a condição de membro da CEE com a direção do órgão de enfermagem.

OBJETIVO

Educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Profissional de Enfermagem.

MANDATO

O tempo de duração de cada mandato será de 12 meses.

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, será nomeado 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.

ATRIBUIÇÕES

1. Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
2. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;
3. 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.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As Comissões de Ética de Enfermagem exercem, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividades nos serviços de enfermagem das instituições de saúde com idoneidade, assumindo funções: educativas, consultivas, conciliadoras, e de orientação e vigilância quanto ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem vinculados a tais entes.

A Comissão de Ética em Enfermagem é vinculada ao COREN-SP e deve manter a sua autonomia em relação à Instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação ao Profissional Enfermeiro Responsável Técnico ou a qualquer Gerência ou Diretoria de Enfermagem da Instituição.

A CEE deverá ser constituída através de eleição direta, convocada pela Comissão Eleitoral instalada pela Direção do Órgão de Enfermagem.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão a cada 60 dias, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião extraordinária.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

b) Proposta de Regimento Interno

Capítulo I

Da natureza e finalidades

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) do será composta pelo voto direto da categoria.

Art. 2º - A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único - A CEE agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 3º - A CEE reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão, em Reunião Ordinária.

Capítulo II

Da composição e organização

Art. 4º - A CEE deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I. Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.

II. Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.

III. Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Art. 5º - A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 02 (dois) técnicos em enfermagem e 02 (dois) Auxiliares de enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.

Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 6º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEE da respectiva instituição.

Art. 7º - O tempo de mandato da CEE será de 12 meses, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 8º - O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Art. 9º - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 12 meses de gestão.

Art. 10º - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEE, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 11º - É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEE, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 12º - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEE, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a. Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas.
- b. Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEE.

Art. 13º - A substituição dos integrantes da CEE se processará da seguinte maneira:

I. A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento.

II. Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

- a. Por escolha dos membros da CEE.

b. Ou indicado pelo Gerente de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEE avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.

III. Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

Capítulo III Das competências

Art. 14° - Compreende as competências gerais da CEE:

a. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEE na instituição e de seus respectivos membros;

b. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

c. Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada à superintendência;

d. Colaborar com o Projeto de Educação Permanente nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;

e. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações;

f. Assessorar a gerencia de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;

g. Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;

- h. Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;
- i. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
- j. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- k. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
- l. Comunicar formalmente à Superintendência indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
- m. Comunicar formalmente à Superintendência ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
- n. Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerência de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN-SP para providencias conforme norma própria;
- o. Encaminhar anualmente à Superintendência e a Gerência de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso;
- p. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-SP quando necessário;

q. Solicitar ao Presidente do COREN-SP apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEE;

r. Propor e participar à Gerencia de Enfermagem e Comissão de Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;

s. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

t. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional;

Art. 15° - Competências privativas ao Presidente da CEE.

a. Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

b. Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEE;

c. Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;

d. Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

e. Encaminhar relatório final da sindicância à Gerencia de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas, para julgamento e providências cabíveis;

f. Representar a CEE na Instituição, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;

g. Encaminhar decisões da CEE ao setor competente, de acordo com a situação;

h. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia à Superintendência da unidade.

Art. 16° - Compreende as competências dos membros titulares da CEE:

a. Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

b. Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE;

c. Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEE ou por outras entidades;

d. Representar a CEE quando solicitado pelo Presidente.

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEE, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEE nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 17 - Compreende as competências dos membros suplentes da CEE:

a. Participar das reuniões promovidas pela CEE;

b. Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

c. Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEE.

Capítulo IV Do funcionamento

Art. 18º - A CEE deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN-SP.

Art. 19º - Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 20º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 21º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Art. 22º - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§ 2º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§ 3º - os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 23º - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14º.

Art. 24º - As decisões/deliberações da CEE serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição

de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate.

§ 1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§ 2º - Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§ 3º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Art. 25º - Os atos da CEE relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 26º - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

a. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b. Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

c. Deliberação da própria CEE;

d. Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 27º - Para execução da sindicância o Presidente da CEE nomeará e convocará 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Vogal.

Art. 28º - A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEE.

Art. 29º - Aberta a sindicância para esclarecimentos à Comissão de Sindicância, deverá:

a. Comunicar o fato aos principais envolvidos;

b. Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEE.

§ 1º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEE até 48 hs (quarenta e oito horas) após a referida data. § 2º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias). § 3º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEE deverá comunicar o fato ao COREN-SP, para análise.

Art. 30º - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEE, preservando assim o sigilo.

Art. 31º - O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 32º - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

§ 1º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º - Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 33º – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEE deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN-SP, para tramitação competente.

Art. 34º – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEE poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN-SP.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a CEE lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 35º – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 36º - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.

Art. 37º - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO V

Do processo eleitoral

Art. 38º - O escrutínio para eleição de membros da CEE será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 39º - A CEE vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Art. 40º - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEE, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.

Art. 41º - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 42º - O edital para a eleição de novos membros para CEE, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN-SP e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Parágrafo único - O Presidente da CEE deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN-SP, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 43º - Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

§ 1º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 01 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN-SP, não estando envolvido em processo ético no COREN-SP, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§ 2º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN-SP.

Art. 44º - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Art. 45º - Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN-SP, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN-SP, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único - O COREN-SP fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 46º - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.

Art. 47º - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 48º - A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único - Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 49º - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 50º - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dúvida interpretação serão considerados válidos.

Art. 51º - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 52º - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN-SP, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.

Art. 53º - As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN-SP.

Art. 54º - Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN-SP.

Parágrafo único: O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEE vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Art. 55º - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§ 1º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

§ 2º - A lista deverá informar sobre:

a. O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN-SP.

b. O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN-SP.

c. O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN-SP.

Art. 56° - A CEE enviará ao COREN-SP, o resultado do pleito no prazo de 05 (cinco) dias.

Art. 57° - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior a 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEn e, por último, à instância superior – o COREN-SP.

Parágrafo único - O(s) recurso(s) será(ão) analisados pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN-SP para os devidos julgamentos, em um período de 05 (cinco) dias.

Art. 58° - Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN - SP.

Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN-SP, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEE estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 59° - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN-SP.

CAPÍTULO VI

Das disposições gerais

Art. 60° - A CCEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN-SP.

Art. 61° - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN-SP.

Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEE da instituição e à homologação da Plenária do COREN-SP.

Art. 62°- O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 63° - Este regimento interno entrou em vigor na data de sua publicação.

c) *Cronograma de Atividade Anual*

Comissão de Ética de Enfermagem													
Ações	Responsável	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Nomeação dos membros da Comissão	Presidente	■											
Reunião Mensal da Comissão	Equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de Indicadores	Equipe	■	■										
Levantamento das necessidades para treinamento da Enfermagem	Equipe		■	■	■								
Realização de Oficinas sobre Ética na Enfermagem	Equipe				■			■			■		
Reunião com a Comissão de Prontuário						■						■	

11.4 Comissão de farmácia

É um órgão supervisor das atividades farmacêuticas e terapêuticas, vinculado à Diretoria Técnica.

a) *Proposta de Constituição (membros, finalidade)*

COMPOSIÇÃO

ÁREA	QUANTIDADE
ENFERMAGEM	2
FARMACEUTICO	3
CORPO CLINICO	2
TÉCNICO EM FARMÁCIA	2
CORPO CLINICO	2

MEMBROS CONSULTIVOS	2
---------------------	---

Sendo que um profissional da enfermagem será efetivo e um será suplente.

Entre os profissionais técnicos ou auxiliares de farmácia, um será efetivo e o outro suplente.

É incompatível a condição de membro da CFT com a direção do órgão de farmácia.

META E OBJETIVOS

Tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados na unidade de saúde. Desenvolver políticas relacionadas ao uso de medicamentos padronizados. Apoiar o processo de padronização de medicamentos (inclusão e exclusão). Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional. Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

MANDATO

O tempo de duração de cada mandato será de 12 meses.

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, será nomeado 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.

ATRIBUIÇÕES

- Elaborar a lista de medicamentos padronizados, mantê-la atualizada e divulgá-la, com intuito de ser um instrumento para a prescrição médica;
- Padronizar fármacos utilizando como critérios fundamentais de escolha: eficácia comprovada, segurança, qualidade e custo;
- Acompanhar os pacientes em uso de medicamentos recém- padronizados, buscando resposta ao tratamento (eficácia) e possíveis reações adversas por meio de notificações e busca ativa (trigger tool);
- Atualizar anualmente ou sempre que necessário a lista de padronização, baseando-se na eficácia terapêutica e segurança;
- Analisar possíveis queixas de desvio de qualidade e reações adversas a medicações, contribuindo para as ações de farmacovigilância.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão a cada 60 dias, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião extraordinária.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

b) Proposta de Regimento Interno

Capítulo I

Natureza e finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade,

é instância de caráter consultivo, educativo e de assessoria, vinculada à Assistência Farmacêutica, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos e insumos farmacêuticos:

- Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade do hospital;
- No estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;
- Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Art. 3.º A CFT está diretamente ligada à Superintendência do Hospital.

Art. 4.º Os membros da CFT serão eleitos por votação.

CAPÍTULO II OBJETIVOS

Art. 4.º São objetivos da CFT:

- I. Desenvolver políticas relacionadas ao uso de medicamentos padronizados;
- II. Apoiar o processo de padronização de medicamentos (inclusão e exclusão);
- III. Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
- IV. Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

CAPÍTULO III COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

- I. Assistência farmacêutica;
- II. Assistência de enfermagem
- III. Assistência médica;
- IV. Membros convidados/consultivos.

§1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em portaria pelo Superintendente, após eleição realizada.

§2.º No impedimento de qualquer dos membros, deverá ser designado um substituto que participará da reunião, com direito a voto;

§3.º Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil;

§4.º O mandato dos membros será de 12 meses, com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da Portaria;

§5.º Dentre os membros efetivos serão escolhidos o coordenador, vice-coordenador e secretário, por consenso ou votação dos membros;

§6.º A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da Instituição;

§7.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 obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais

§8.º Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos;

§9.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 em até sessenta (60) dias;

§10º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito, e-mail, chamada telefônica ou por qualquer outro meio que se faça comunicar, em até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

CAPÍTULO IV COMPETÊNCIAS

Art. 6.º São competências da CFT:

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

II. Avaliar e emitir parecer técnico sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos (Anexo I do apêndice “Critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na 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 e seguro de medicamentos;

VI. Elaborar, revisar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII. Elaborar e divulgar materiais informativos sobre o uso racional e seguro de medicamentos.

CAPÍTULO V ATRIBUIÇÕES

Art. 7.º São atribuições do coordenador:

- I. Providenciar a organização da pauta das reuniões;
- II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III. Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão; IV - Representar a CFT em suas relações internas e externas;
- IV. Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;
- V. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;
- VI. Discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão;
- VII. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 8.º São atribuições do vice coordenador:

- I. Representar e desenvolver as atividades do coordenador na ausência deste;
- II. Colaborar com o coordenador no cumprimento dos objetivos e competências da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 9.º São atribuições do secretário:

- I. Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- II. Manter arquivo da documentação relacionada à CFT; III - Providenciar material bibliográfico para as reuniões; IV - Protocolar documento em nome da Comissão;
- III. Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;
- IV. Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

V. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VI. Manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT.

Art. 10.º São atribuições dos membros e substitutos:

I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II. Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo coordenador, nos prazos estabelecidos;

III. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão; V
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;

V. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções.

Art. 11.º São atribuições dos membros consultivos:

I. Opinar, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos.

CAPÍTULO VI FUNCIONAMENTO

Art. 12.º A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica.

Art. 13.º A CFT reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e, extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 14.º As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 15.º A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 16.º As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros.

Art. 17.º. A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário e submetidos aos membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Art. 18.º. A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Art. 19.º. As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único. Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 20.º. De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único. Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 21.º. Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1.º Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito.

§ 2.º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do coordenador.

§ 3.º Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 22.º. Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

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

Art. 23.º. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da CPM, para aprovação final.

§1.º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a CPM 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, por consenso entre os membros.

Art. 24.º. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25.º. Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Superintendência ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria dos votos em reunião convocada para esse fim.

Art. 26.º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Coordenador da CFT e, em grau de recurso, pelo Superintendente.

Critérios e Fluxo de Trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos

A seleção de medicamentos deve objetivar:

- Uma maior eficácia administrativa;
- Uma resolutividade terapêutica adequada;
- A racionalidade na prescrição;
- A racionalidade na utilização de fármacos;
- A racionalização dos custos dos tratamentos

Critérios Inclusão

As solicitações de inclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos. Indicar a referência ou anexá-la (em caso de indisponibilidade de consulta on-line será obrigatório seu envio), conforme item 6, do referido formulário. Para a inclusão de medicamentos deverão ser observados os seguintes critérios:

1. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
2. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
3. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
4. Baixa toxicidade;
5. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
6. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;
7. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;

8. Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
9. Estar disponível no mercado nacional;
10. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;
11. Solicitação feita pelo coordenador/chefe/staff do serviço solicitante.

Substituição

A substituição de medicamentos da lista de padronização, justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

1. Menor risco/benefício;
2. Menor custo/tratamento;
3. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
4. Maior estabilidade;
5. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
6. Maior comodidade na administração;

Exclusão

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos.

A exclusão de medicamentos da lista de Padronização deverá seguir os critérios e ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

1. Apresenta relação risco benefício inaceitável;
2. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
3. Não apresenta demanda justificável durante os últimos doze meses.
4. Eliminar da padronização os medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);

5. Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados;

6. Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco.

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento da lista de Padronização, deverão ser encaminhadas à CFT pelo Serviço de Farmácia, conforme Fluxograma de Alteração na Padronização de Medicamentos), através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida;

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento, devidamente encaminhadas à CFT, serão analisadas conforme Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico e estabelecidos no formulário próprio;

A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações;

Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pelo Presidente da Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM), novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

Após parecer da CPM, a CFT deverá comunicar à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), através de formulários próprios a Inclusão e a Exclusão.

c) Cronograma de Atividade Anual

Comissão de Farmácia													
Ações	Responsável	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação dos membros da comissão	Presidente												
Reunião ordinária	Equipe												
Implantação de indicadores	Equipe												
Atualização da lista de padronização	Equipe												
Levantamento das necessidades para treinamento	Equipe												

11.5 Comissão de revisão de prontuário

Para atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um 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, será instituída a comissão de revisão de prontuários, um órgão de assessoria vinculado à Direção Administrativa da Instituição.

a) *Proposta de Constituição (membros, finalidade)*

ÁREA	QUANTIDADE
ENFERMAGEM	7
CORPO CLINICO	7
SAME	2
DIREÇÃO	2

Constituição 60 dias após assinatura do Contrato de Gestão

Funcionamento 90 dias após assinatura do Contrato de Gestão

OBJETIVOS

Esta comissão objetiva a melhoria da elaboração dos prontuários clínicos, visando que, por meio destes, seja possível qualificar e, quando necessário, elevar o padrão de atendimento prestado pela equipe de saúde e o fornecimento de dados para elaboração de estudos e pesquisas para atingirmos o nível de excelência.

MANDATO

O mandato será de 12 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, será nomeado 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.

ATRIBUIÇÕES

1. Avaliar os seguintes itens, obrigatoriamente:

a. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exame 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 contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

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

f. Tipo de Alta.

2. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

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

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

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

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

7. 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.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

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 reunião prévia.

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

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões ordinárias acontecerão até o dia 5 de cada mês, e, quando necessário, será possível que qualquer membro da comissão convoque reunião de caráter extraordinário.

Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 meses gera sua exclusão automática.

As decisões são dadas por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião.

A elaboração de atas é obrigatória.

b) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I Da Finalidade

Art. 1º. A Comissão de Revisão de Prontuários, tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Parágrafo único – A Comissão é designado por ato executivo da Superintendência, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento, que por sua vez baseia-se, especialmente, na Resolução CFM nº 1.638/2002, nos atos do Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO II

Da Composição

Art. 2º. A Comissão será formada por, no mínimo, 06 (seis) membros indicados pelo Núcleo de Comissões Hospitalares e pela Superintendência e sendo assim distribuídos:

- I. 01 Representante da maternidade;
- II. 01 Representante da pediatria;
- III. 01 Representante da neonatologia;
- IV. 01 Representante da clínica cirúrgica;
- V. 01 Representante da clínica médica e
- VI. 01 Representante do Núcleo de Comissões Hospitalares.

Art. 3º. A Comissão deverá ser composta por 7 enfermeiros e, no mínimo, 4 médicos.

Art. 4º. O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

CAPITULO III

Do mandato

Art. 5º. Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários terão mandatos de 1 ano, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço do

HU-UFGD, podendo ser prorrogado por igual período Art. 6º. Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na Comissão.

Art. 6º. Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único – Em caso de saída de qualquer membro da Comissão, a sua substituição deverá ser na forma do caput do Art. 2º.

Art. 7º. Os mandatos do Presidente e do Secretário também serão pelo período de 1 ano, podendo haver uma única recondução.

Parágrafo único - O Presidente e o Secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão e, de acordo com a Resolução CFM N° 1638 de 10/07/2002, o primeiro deve ser um médico.

CAPÍTULO IV

Do funcionamento

Art. 8º. A Comissão reunir-se-á, mensalmente, em dias úteis, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no Boletim de Serviço.

§ 4º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5º A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

Art. 9º. A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

- I. Verificação de presença e existência de “quórum”;
- II. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- III. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- IV. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
- V. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Encerramento da reunião.

Art. 10º. Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.

Art. 11º. As decisões da Comissão, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.

Art. 12º. De cada reunião deve ser lavrada Ata sucinta, que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

CAPÍTULO V

Das Competências

Art. 13º. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. 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);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. 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 o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;

e. 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.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade;

III. Detectar e avaliar as falhas de preenchimento;

IV. A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;

V. Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

Art. 14°. São atribuições do Presidente:

Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;

II. Encaminhar à Superintendência, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela Comissão;

III. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;

IV. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;

V. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;

VI. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 15°. São atribuições do Secretário:

I. Assistir às reuniões;

II. Verificar a presença do Presidente e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos;

III. Preparar e encaminhar o expediente;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 16°. São atribuições de cada membro da Comissão:

- I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
- II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
- III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;
- IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
- VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
- VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 17°. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe de governança proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 18°. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19°. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em cotejo com a Superintendência e ciência das respectivas Comissões de Ética.

Art. 20°. Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço

c) *Cronograma de Atividade Anual*

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO													
AÇÕES	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos Membros da Comissão	Presidente Comissão												
Reunião Mensal da Comissão	Equipe												
Implantação de Indicadores da Comissão	Equipe												
Realização de orientações sobre preenchimento do Prontuário	Equipe												
Realização de reunião com Comissão de Ética Médica	Equipe												
Realização de reunião com Comissão de Ética de Enfermagem	Equipe												

7. Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico – financeiros, na prestação dos serviços

O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações.

A avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.

A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

a) **Indicadores Quantitativos:** Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimento.

b) **Indicadores Qualitativos:** Os indicadores de qualidade 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.

Os indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes.

O monitoramento das metas do presente projeto será feito pela equipe técnica gerida por um epidemiologista da *Solution* Gestão Pública por meio da coleta na unidade de saúde dos números de atendimentos.

Estas metas serão utilizadas como base para a confecção do relatório assistencial que será entregue mensalmente à prefeitura.

METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas serão avaliadas em 3 itens: PRODUÇÃO, TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA; PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES.

PRODUÇÃO

Para avaliação de cumprimento da meta de produção, serão considerados os procedimentos de atendimento ambulatorial na Unidade de Pronto Atendimento, baseado em parâmetros de organização do serviço pela área técnica da SES.

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
03.01.06.002-9	Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em Atenção Especializada
03.01.06.009-6	Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento
03.01.06.006-1	Atendimento de urgência em Atenção Especializada

O acesso aos serviços de urgência e emergência será disponibilizado durante as 24 horas dos 07 dias da semana e deverá obedecer às normas e fluxos estabelecidos pela RUE, sendo que o serviço a ser prestado na estrutura do Pronto Socorro poderá ocupar mais ou menos pacientes conforme sazonalidade da demanda, garantindo a qualidade da assistência.

Para a estimativa de metas de atendimentos é necessário considerar:

- A cobertura das equipes de Atenção Básica no Município;
- Os serviços de urgência e emergência funcionam durante 24 horas e assim, apresentam situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, até atendimentos com um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidos em estruturas de menor complexidade;
- Os usuários utilizam os serviços de urgência e emergência por entenderem que esta alternativa é mais resolutiva, pois recebem um somatório de recursos,

como: consultas, remédios, exames, procedimentos de enfermagem e internações.

Atendimentos por plantão de 24 horas no Pronto Socorro	Especialidades
Número atendimentos	Pediatria e clínica médica

Admite-se como tolerância a variação do número de atendimentos em 25% abaixo e 10% acima da meta, correspondendo ao número médio mensal entre **113** (cento e treze) a **165** (quatrocentos e trinta e cinco) atendimentos médios por dia.

Tal variação não ocasionará variação no repasse financeiro.

A *Solution* Gestão Pública deverá apresentara a fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde todos os documentos comprobatórios do atendimento superior ou inferior às metas previstas, com suas respectivas justificativas específicas.

TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O tempo de espera na Urgência e Emergência é o tempo decorrido entre a chegada do paciente na Unidade de Pronto Atendimento e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco. É um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência.

Como meta quantitativa será avaliado o tempo de espera do usuário classificado com Risco Amarelo, Laranja e Verde (medido desde a classificação de risco até o início do atendimento médico), segundo Protocolo de Manchester.

PROTOKOLO MANCHESTER

COR E TEMPO-ALVO



PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES

O objetivo deste item é propiciar o conhecimento da rede assistencial e a regularidade da Contratada junto ao Ministério da Saúde. A contratada deverá manter sempre atualizado seu quadro de profissionais cadastrados no CNES, informando mensalmente a relação de profissionais que prestam serviços na instituição com comprovação da solicitação e/ou exclusão de cadastro junto ao CNES.

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 meta quantitativa de cada indicador e a fórmula de cálculo serão detalhados em Manual de Indicadores de Qualidade.

METAS QUALITATIVAS

AS metas qualitativas também serão avaliadas em 3 itens: SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, HORA PESSOA/TREINAMENTO e QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A Contratada deverá utilizar sistema eletrônico de avaliação de satisfação dos usuários. A Pesquisa de Satisfação do Usuário destina-se à avaliação da percepção do usuário sobre a qualidade do serviço prestado ao cliente e a garantia da participação da população no processo de tomada de decisões.

HORA PESSOA/TREINAMENTO

No processo de capacitação os profissionais irão compreender os valores, a filosofia e as políticas do Pronto Socorro Municipal, auxiliando no desempenho das atividades para que tudo seja realizado de acordo com as diretrizes institucionais, habilitando o profissional a exercer com mais qualidade as atividades diárias, por possuir um conhecimento mais aprofundado sobre sua área de atuação no SUS.

O objetivo deste indicador é monitorar o esforço de capacitação dos profissionais por meio de treinamento. O indicador a ser utilizado tem por finalidade mensurar a quantidade de horas de treinamento do profissional. É utilizado o número total de horas de formação pelo número total de profissionais, sendo importante observar que:

- Deverão ser treinados os profissionais envolvidos na assistência ao paciente (enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e auxiliares de farmácia, médicos, assistentes sociais, profissionais da higienização, recepcionistas, profissionais do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU);
- O número total de horas de formação refere-se à somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado;
- Deverão ser contabilizados cursos realizados dentro e fora da carga horária do trabalhador, inclusive os ministrados pelo SUS. Não deverão ser incluídas reuniões administrativas.

QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Tem como objetivo melhorar a qualidade da comunicação entre a *Solution* Gestão Pública e a equipe de fiscalização da Secretaria de Saúde do Município,

com adequado fluxo de informações para o desempenho da operação da execução e da gestão do Pronto Atendimento.

As informações fornecidas deverão ser relacionadas ao atendimento prestado no Pronto Atendimento. Destaca-se que a informação deverá ser entregue nos prazos e critérios estabelecidos pela Comissão de Acompanhamento de Contrato, sendo essencial o atendimento de todos os critérios solicitados de forma inequívoca.

Os tópicos a serem considerados dentro da qualidade da informação são:

- Nº de pacientes atendidos por classificação de risco com a estratificação dos volumes por risco de atendimento, horários, demonstrando as evasões e desistências, com gráfico comparativo dos meses anteriores;
- Nº de atendimentos por especialidade e por CID;
- Nº de procedimentos com finalidade diagnóstica;
- Relação nominal e nº de medicamentos dispensados internamente no Pronto Socorro;
- Percentual de perdas no estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares adquiridos pela Contratada;
- Escala dos profissionais de saúde;
- Nº de pacientes classificados e atendidos, agrupados por Unidade de Saúde;
- Percentual de atendimentos/consultas odontológicas realizadas com intervenção através de procedimentos clínicos odontológicos de urgência;
- Relação dos pacientes cadastrados no Sistema CROSS que permaneceram no Pronto Socorro por um período maior ou igual a 24 horas;
- Relação nominal dos pacientes que procuraram os serviços do Pronto Atendimento por mais de 2 vezes durante o intervalo de 30 dias, agrupados por Unidade de Saúde.

Segue tabela com a descrição dos indicadores e os critérios de pontuação.

Número de atendimentos: clínicos, pediátricos, cirurgia geral, odontológicos	Mensal	Nº total de atendimentos realizados no mês/nº dias do mês	Relatório monitoramento do Pronto Socorro	Limite mínimo: 113 nº de dias no mês
Percentual do Tempo máximo de espera de pacientes para Classificação de risco laranja	Mensal	Total do tempo desde a classificação até o início do atendimento médico de usuários classificados como Risco Laranja ≤ 10 minutos/Total de usuários classificados como Risco Laranja) X 100	Relatório tempo de espera no atendimento do Pronto Socorro (sistema de informação utilizado)	$\geq 95\%$ dos usuários classificados neste risco e atendidos no tempo ≤ 10 minutos
Percentual do Tempo máximo de espera de pacientes para classificação de risco amarelo	Mensal	Total de usuários classificados como Risco Amarelo e atendidos em tempo ≤ 60 minutos, desde a classificação de risco até o início do atendimento médico/Total de usuários atendidos e classificados como Risco Amarelo X 100	Relatório tempo de espera no atendimento do Pronto Socorro (sistema de informação utilizado)	$\geq 94\%$ dos usuários classificados neste risco e atendidos no tempo ≤ 60 minutos
Tempo médio de espera de pacientes para classificação de risco verde	Mensal	Total do tempo desde a classificação até o início do atendimento médico de usuários classificados como Risco Verde/Total de usuários classificados como Risco Verde) X 100	Relatório tempo médio de espera do Pronto Socorro (sistema de informação utilizado)	Usuários classificados neste risco e atendidos no período analisado com tempo médio de espera de no máximo 45 minutos

Percentual de profissionais médicos cadastrados no CNES	Mensal	Profissionais do Pronto Socorro com registro no CNESx100/Total de profissionais do Pronto Socorro	Listagem de profissionais ativos na competência de análise, fornecida pela OS (documento técnico da prestação e contas)	100% dos profissionais que constam da listagem fornecida pela OS, referente ao período de análise, registrados no CNES
Percentual de Satisfação dos Usuários	Mensal	Número de respostas classificadas como "ótimo e bom" /Total de respostas X 100	Utilização de sistema eletrônico de avaliação de satisfação dos usuários, de forma a dispor de dados para consolidação do relatório a ser encaminhado à Comissão de Acompanhamento	≥78% das respostas de satisfação dos usuários de classificadas como "ótimo" e "bom"
Razão da Hora pessoa/treinamento	Trimestral	Número total de horas de formação no trimestre/Número total de empregados ativos da assistência ao paciente.	Relatório da OS, com data, carga horária, tema abordado e ministrante, bem como lista de frequência assinadas pelos participantes	Alcance ≥2h/h de treinamento no trimestre
Percentual de relatórios emitidos referente a Qualidade da informação	Mensal	Nº de relatórios entregues/nº de relatórios definidos x100	Relatório monitoramento do Pronto Socorro	100% dos relatórios entregues

Metodologia para monitorar indicadores

O primeiro aspecto a levar em conta ao monitorar um indicador é o conhecimento que dispomos sobre ele e alguns questionamentos devem ser suscitados: qual é o seu significado? Que informação nos fornece? Qual sua relação com resultados esperados na situação de saúde? Quais são suas

limitações? Será de pouco valor acompanhar resultados para um indicador que desconhecemos.

São os seguintes os passos propostos:

a) Observar os resultados do indicador para a área proposta. Este resultado está adequado? Era o esperado? Está abaixo ou acima do esperado? Para responder estas perguntas é necessário comparar com as metas estabelecidas. As metas são os resultados esperados estabelecidos segundo um determinado propósito e contexto.

b) Observar a evolução dos resultados ao longo de um período de tempo (série histórica). Qual é a tendência? Os resultados tendem a melhorar, piorar ou se mantêm estáveis? Esperava-se alguma modificação nesta tendência? Como se explicaria o resultado? A busca destas respostas sempre nos leva a examinar a estrutura e os processos.

Ao final destas etapas temos um julgamento de valor (está indo bem ou não, está indo conforme esperado ou não) e algumas pistas das razões deste resultado.

A próxima etapa consiste em conhecer mais sobre as razões deste resultado e se este processo foi participativo, envolvendo os diversos atores, obteremos um diagnóstico mais preciso.

c) A ampla divulgação dos resultados observados no monitoramento. Nesta etapa busca-se a comunicar os resultados obtidos e envolver o conjunto de atores na identificação das razões do alcance ou não de metas. Esta etapa frequentemente tem um efeito mais positivo que negativo entre o grupo de profissionais e

d) Construção de um plano de intervenção para o alcance das metas propostas.

As equipes gestoras das unidades de saúde gerenciadas contarão com um profissional responsável por monitorar a produção diária da Unidade, com vistas a ajustar possíveis falhas de registro ou subregistros, adotando, imediatamente e em tempo real, as medidas saneantes da situação.

Nas reuniões quinzenais, será apresentado o monitoramento do período dos Procedimentos realizados e registrados, sempre realizando o acompanhamento do Realizado X Contratado.

Para que os colaboradores de cada serviço da unidade hospitalar conheçam as metas contratadas e os resultados semanais e mensais alcançados será utilizado o 'Painel de Gestão à Vista' que traz benefícios, tais como:

- A constante alimentação e atualização das informações permite aos colaboradores uma visão precisa do que está acontecendo na unidade, tal como os processos críticos, as tendências positivas e negativas, e pontos de controle. Acredita-se ser essencial que todos os envolvidos no processo tenham acesso às informações;
- O acompanhamento dos colaboradores para com seus próprios resultados e com os resultados de suas equipes melhora a compreensão da importância do trabalho e da dedicação de todos e ajuda a instituição a atingir suas metas e melhorar seus resultados;
- A partir do ensinamento e treinamento em ferramentas de controle, a equipe começa a adquirir um conhecimento essencial, reforçando a cultura da gestão com base em informações e fatos. Desta forma, o processo de tomada de decisão ganha mais credibilidade;
- Com a análise dos indicadores e suas variáveis, é possível identificar tendências e agir na prevenção de problemas, ajustando os processos e eliminando falhas da operação;
- Contribui para a disseminação da cultura da organização, transformando o compartilhamento de informações e a melhoria na comunicação em uma rotina diária.
- Com o Painel, todos os indicadores estarão disponíveis e afixados em locais visíveis sendo estes avaliados semanal, mensal e trimestralmente pela equipe de monitoramento avaliando as não conformidades, correção ou ação imediata e ação de prevenção para aplicação das ações corretivas.

Outra forma de monitoramento e controle será por meio de resultados dos indicadores individuais e da categoria. Neste caso, o gestor de cada processo

identificará indicadores com tendências desfavoráveis de cada um dos integrantes da sua equipe e irá se reunir com os colaboradores para analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os processos principais e de apoio serão avaliados nas reuniões de Avaliação Gerencial Mensal nas quais serão apresentados os resultados de todos os processos e oportunidades de melhorias, para aprovação.

Com os resultados de medição e monitoramento, a *Solution* Gestão Pública conseguirá visualizar e entender bem os resultados do seu processo, tornando possível a tomada de decisões corretas para melhorias quanto a alocação de recursos em processos para atingir os objetivos estabelecidos. Maus resultados são gatilhos para a execução de planos de ação para a correção dos problemas detectados.

A partir do monitoramento as equipes gestoras irão elaborar um plano de ação, definindo ações corretivas, visando melhorar os resultados do processo. Executadas estas ações corretivas, a medição, monitoramento e análise serão realizadas novamente, para verificar se as ações tomadas funcionaram. Se não funcionarem, este processo deve ser repetido criando agora ações e estratégias.

A *Solution* Gestão Pública será responsável em informar, mensalmente, toda a produção realizada em cada uma das unidades de saúde gerenciadas de acordo com os Procedimentos realizados no Sistema Oficial do Ministério da Saúde (Sistema de informação – SIA e SIH/SUS).

8. Proposta de Aquisição, Guarda e Distribuição de Materiais, Insumos e Medicamentos

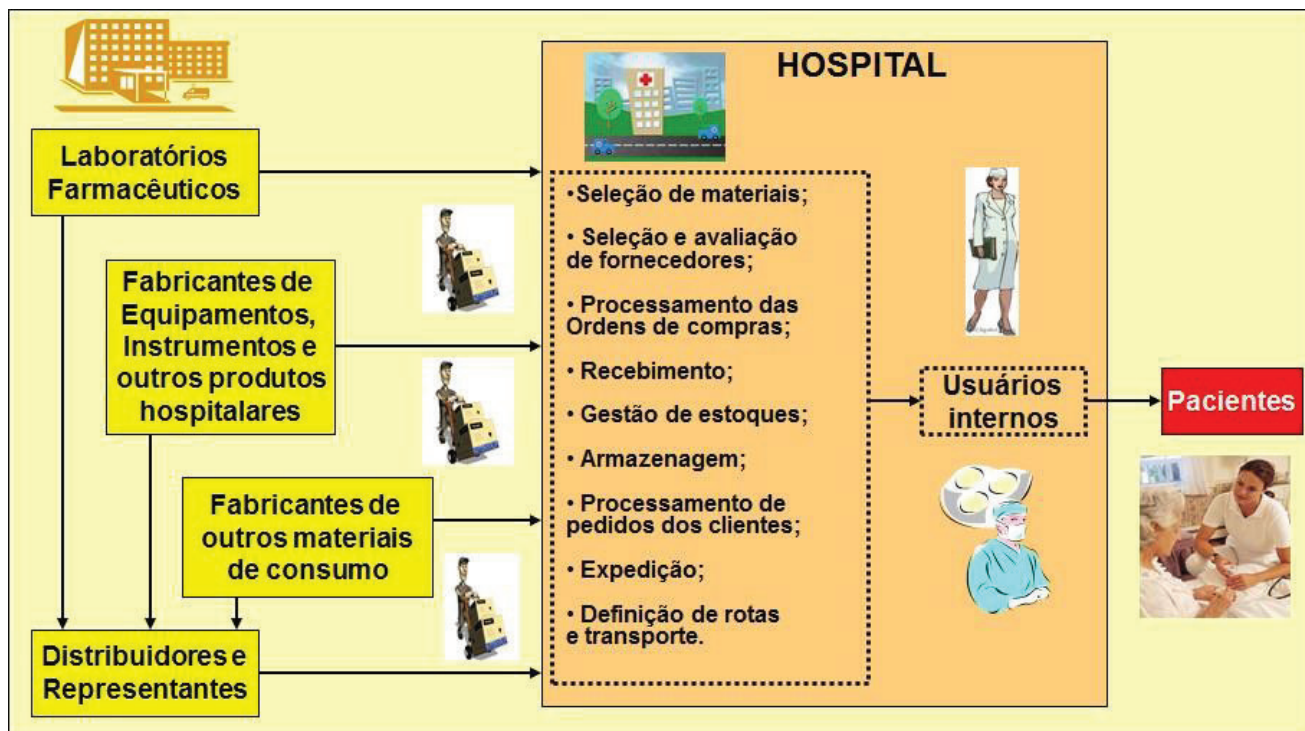
A logística de suprimento é o setor responsável pela compra, armazenamento e dispensação de materiais e medicamentos pela farmácia e almoxarifado, contudo estabelece os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos adotados pelas organizações de saúde.

A Cadeia de Suprimentos

O setor de abastecimento integra-se como um subsistema para atender às necessidades de insumos e de equipamentos. A seleção de materiais e a gestão de estoques, em que se definem os materiais utilizados e as formas de acompanhar níveis de consumo, que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos, são processos críticos para a organização, destacando, a interface entre os profissionais da clínica e o setor de abastecimento como crítico para a organização do abastecimento.

O ambiente de saúde é um sistema complexo, com grande fluxo físico (medicamentos, materiais, pacientes, documentos), grande fluxo de informações (prescrição médica, prontuários de pacientes, registros médicos) e grande fluxo financeiro (faturamentos, transações financeiras de recebimento e pagamento).

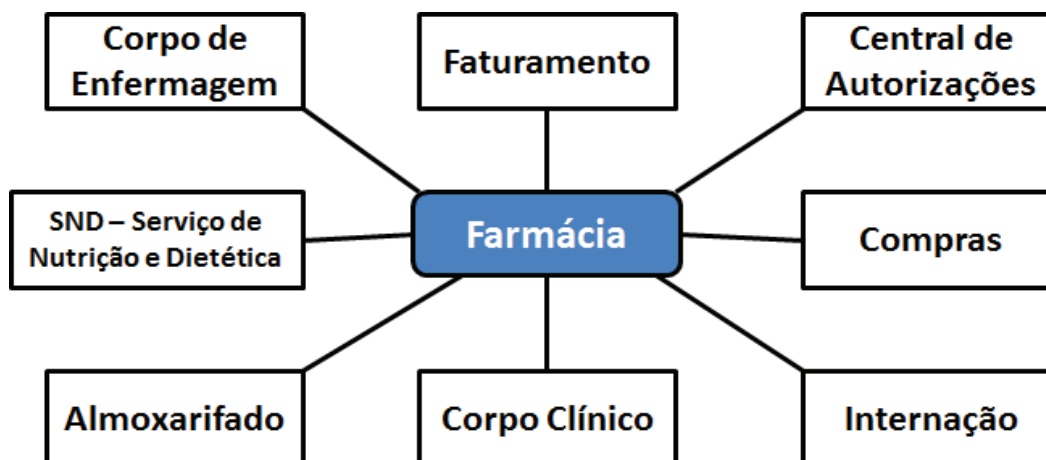
Portanto, a atual cadeia de abastecimento da saúde é um sistema complexo, com múltiplas camadas de organizações e processos, com vários intermediários entre o fabricante e o consumidor final (paciente). A figura a seguir apresenta um modelo de cadeia de suprimentos hospitalar.



O gerenciamento dos estoques deve garantir o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos.

A Logística deve se preocupar também com o uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.

Fluxo Logístico Hospitalar



Conforme apresentado na figura acima, o fluxo logístico integra todos os departamentos que fazem interface com o processo de dispensação de medicamentos e insumos na unidade de saúde.

O gerenciamento de materiais tem como objetivo satisfazer as necessidades de suprimentos das áreas administrativas e assistenciais do estabelecimento de saúde.

A dispensação de medicamentos pela farmácia hospitalar e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos são as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde.

O processo da aquisição de materiais e insumos, em geral, será feito baseado em consumo médio mensal e de acordo com a verba disponível para este fim e de acordo com as seguintes etapas:

13.1 Cadastramento do Fornecedor

Para prestação de serviços terceirizados, compra de materiais de expediente, formulário, higienização e limpeza, descartáveis, alimentação e manutenção:

- ✓ Contrato social;
- ✓ Cartão do CNPJ;
- ✓ Inscrição estadual;
- ✓ Licença de funcionamento da empresa;
- ✓ Licença para material médico médico-hospitalar;

- ✓ Contrato social;
- ✓ Cartão do CNPJ;
- ✓ Inscrição estadual;
- ✓ Certificado de regularidade técnica do técnico responsável;
- ✓ Licença de funcionamento da vigilância sanitária;
- ✓ Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (nos casos que a lei exigir).

Medicamentos e outros insumos médicos/hosp. específicos:

- ✓ Contrato social;
- ✓ Cartão do CNPJ;
- ✓ Inscrição estadual;
- ✓ Autorização de funcionamento do Ministério da Saúde;
- ✓ Certificado de autorização especial do ministério da saúde para medicamentos especiais;
- ✓ Laudo técnico do lote fabricado;
- ✓ Cópia autenticada do registro da empresa no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União – obrigatória para fabricante;
- ✓ Certificado de Responsabilidade Técnica do responsável técnico da empresa emitido pelo Conselho Regional de Classe – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação por Área de Produção e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – desejável para fabricante;
- ✓ Cópia autenticada da autorização especial para comercialização de medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatória para fabricante e distribuidor.

Fornecedores de equipamentos médico-hospitalares:

Além da documentação exigida no item anterior, serão ainda necessárias documentações complementares, tais como:

- ✓ Cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros) – obrigatória para fabricante e distribuidor;
- ✓ Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV – obrigatório para fabricante.

13.2 Critérios de Aquisição

- **Menor preço** – com relação a este critério, o produto requerido é lançado no portal de compras que retorna para a Unidade o Mapa de Cotação. Nas situações em que o portal de compras não apresenta cotação do produto é realizado busca ativa com no mínimo três fornecedores locais. Nos casos de criticidade do produto, podendo sua falta gerar risco de vida ao paciente, a compra é realizada no fornecedor cotante;
- **Qualidade do produto** – com relação a este critério, o produto é avaliado no que se refere às suas certificações e também no seu uso diário e, em caso de parecer técnico desfavorável à qualidade, o fabricante/fornecedor é desqualificado;
- **Condições de pagamento** – com relação a este critério, são consideradas as possibilidades de prazo e parcelamento de pagamento;
- **Tempo de entrega** – com relação a este critério, é levado em consideração a criticidade do produto no momento da compra. Após análise das condições acima exigidas, o setor de compras emite uma ordem de compra que é assinado pela coordenação administrativa financeira, autorizando a aquisição. A ordem de compra é registrada no sistema de controle de informática e o recebimento dos itens é feito pela farmácia e almoxarifado.

13.3 Recebimento, armazenagem e distribuição

- **Recebimento:** O material/produto só será recebido acompanhado da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e

sem rasuras. Em caso de alguma não conformidade, o fornecedor deverá providenciar uma carta de correção da nota fiscal em até 24 horas após a notificação. A nota fiscal numerada deverá conter obrigatoriamente: Os dados completos da *Solution* Gestão Pública com respectivo número do Contrato de Gestão a que se refere, número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos, data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta. A quantidade, valor unitário e total deve estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato. Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento. Os produtos/mercadorias serão recebidos conforme a ordem de compras e conferência da nota fiscal e da mercadoria pelo setor. Dá-se então a entrada dos produtos no sistema de controle de estoque e a nota fiscal atestada é enviada ao setor financeiro.

- **Armazenagem:** O armazenamento dos materiais será realizado de maneira específica para cada necessidade, sendo que, os de armazenamento especial serão monitorados diariamente com medição de temperatura e umidade do ambiente através do termo higrômetro. Todo material é armazenado de maneira a garantir que o “primeiro que vence é o primeiro que sai”, evitando a perda por validade vencida.
- **Distribuição:** É realizada atendendo ao pedido do setor, via sistema informatizado e devidamente dispensado. Nos casos de medicamentos controlados e antibióticos, a dispensação é feita por paciente.

13.4 Disposições gerais quanto ao trâmite administrativos/jurídico

A ficha de cadastro de fornecedor (disponível no setor de compras) deverá ser entregue no Setor de Compras da unidade, acompanhada de toda documentação exigida para cada caso, atualizadas e dentro do prazo de validade (aquelas que não constarem prazo, serão aceitas dentro do prazo de até no máximo 6 meses da data de expedição), mediante cópia autenticada e/ou originais quando se tratarem de certidões e documentos emitidos por internet.

O fornecedor e/ou prestador de serviço, estará devidamente cadastrado e qualificado somente após apresentar todos os documentos exigidos, bem como a Ficha de Cadastramento.

Será considerada a homologação do fornecedor, desde que:

- 1- Apresente documentação completa e atualizada, de acordo com o objeto a ser fornecido;
- 2- Receba parecer formal favorável do departamento de Compras da unidade de saúde a que se refere a compra;
- 3- Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos;

Os fornecedores não aprovados poderão passar por um novo processo de qualificação, desde que demonstrem as alterações e correções necessárias nos documentos não aceitos na avaliação anterior.

Todos os documentos ficarão arquivados no Setor de compras pelo período máximo de 12 meses, sendo que, após esse período, todos aqueles documentos que requeiram tratamento de dados pessoais serão descartados respeitando-se os procedimentos necessários ao descarte seguro exigidos pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

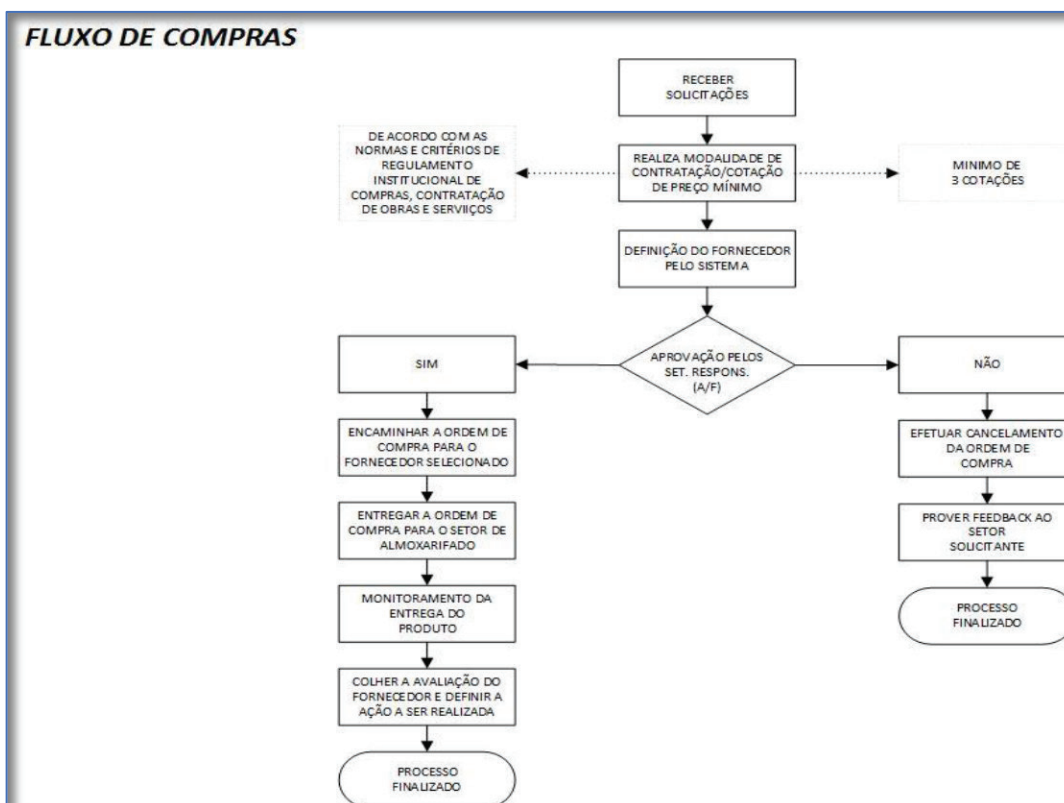
Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde é necessário apresentar uma cópia do documento de isenção;

Em casos de registros provisórios é preciso documento que comprove a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo;

O serviço dará preferência àqueles fornecedores que possuem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação.

A seguir apresentamos o fluxo de compras adotado pela *Solution* Gestão Pública:



A *Solution* Gestão Pública possui Regulamento específico para Contratação e Compras que será utilizado como instrumento balizador para realização destes procedimentos.

13.5 Materiais, insumos e medicamentos

A *Solution* Gestão Pública terá como principal objetivo para padronização de materiais, insumos e medicamentos assegurar o acesso a materiais, insumos e fármacos efetivos e de qualidade, padronizando condutas terapêuticas com base em evidências científicas, protocolos e regulamentações específicas a cada caso, com consequente diminuição dos custos de tratamento.

Para a elaboração da padronização, que se dará a partir do serviço de farmácia, após domínio e conhecimento de toda estrutura que envolve a rede de

serviços, será constituída a Comissão de Farmácia e, cujas atribuições estão devidamente descritas no tópico “comissões”, item “Comissão de farmácia”.

No caso de necessidade de inclusão de medicamentos na padronização serão levados em consideração alguns critérios:

- Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- Princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
- Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
- Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
- Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos;
- Indicação fundamentada no perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço
- Valor terapêutico comprovado;
- Composição conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
- Baixa toxicidade e nível terapêutico seguro;
- Informações suficientes sobre as características farmacotécnicas, farmacocinéticas, farmacodinâmicas e ainda farmacoeconômicas;
- Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
- Formas farmacêuticas, apresentações e concentração que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;
- Solicitação recomendada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica ou, na sua ausência, pela Direção Técnica da solicitante;
- A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME;
- Antimicrobianos e germicidas devem ser feitas em conjunto com membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Considerar os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos.
-

Responsabilidades e atribuições acerca da complementação de serviços da rede de saúde do município pela RUE

- Fornecer medicações prescritas conforme padronização em quantidade suficiente para atendimento do munícipe em finais de semana e feriados e nos horários em que as unidades básicas de saúde estiverem fechadas.
- Administrar medicações parenterais prescritas por médicos externos a unidade desde que devidamente prescrita comprovada por receita médica.
- Realizar curativos prescritos por profissionais da rede de saúde do município (médico / enfermeiro) em finais de semana e feriados, desde que comprovado por receituário, conforme previsto no protocolo de atendimento a feridas do município.

13.5.1 Medicamentos

A *Solution* Gestão Pública só irá utilizar os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e irá manter um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares deverá ser apresentada pela *Solution* Gestão Pública à SMS, de forma a ser avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização da RUE do município.

Dispensação de Medicamentos pela Farmácia Hospitalar

O processo de dispensação de medicamentos adotado pela organização social de saúde define o modelo logístico adotado pelo estabelecimento sendo a maneira pela qual a farmácia envia os medicamentos aos pacientes, mediante análise prévia das prescrições médicas, procurando sempre oferecer informações sobre a melhor utilização e o preparo das doses que serão administradas.

Para Cavallini e Bisson (2002), um sistema de distribuição de

medicamentos precisa ser: racional, eficiente, econômico, seguro, devendo estar em consonância com o esquema terapêutico prescrito.

São fatores críticos de sucesso do sistema de distribuição o envolvimento direto do setor de compras, o controle de estoque, a padronização e ter uma equipe devidamente treinada e capacitada para exercer as atividades e o controle dos processos.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) um sistema de distribuição de medicamentos deve ter os seguintes objetivos, (Santos, 2006):

- ✓ Diminuir erros de medicação;
- ✓ Racionalizar a distribuição e a administração de medicamentos;
- ✓ Aumentar o controle sobre os medicamentos;
- ✓ Diminuir os custos com medicamentos;
- ✓ Aumentar a segurança para o paciente.

Tipos de Sistemas de Dispensação

Os sistemas de dispensação evoluíram nos últimos anos, mostrando a tendência de fazer com que o medicamento chegue ao paciente de maneira íntegra, individual e personalizada, trazendo mais segurança para quem administra e para quem recebe o medicamento.

Os tipos de sistema de dispensação mais conhecidos e utilizados atualmente são dose coletiva, dose individualizada e dose unitária.

Tipos de Sistema de Dispensação

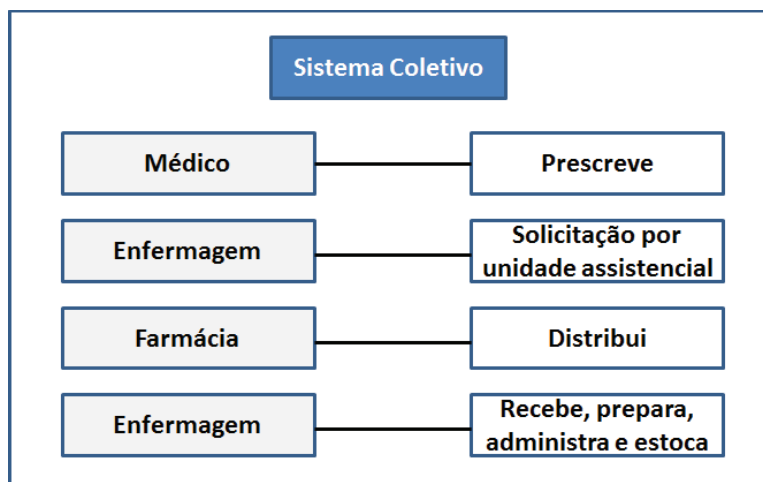
Tipo	Características	Vantagens	Desvantagens
Dose Coletiva	Farmácia realiza o fornecimento de um pedido feito em nome da unidade solicitante e não em nome do paciente. Objetivos: Enviar medicamentos para atendimento dos solicitantes; Executar as requisições recebidas; Controlar o estoque para geração de compras.	Registro das movimentações de saída fácil e rápido; Número de funcionários reduzido; Horário de funcionamento – não necessita funcionar 24 horas; Aviamento rápido; Facilidade de acesso aos medicamentos para uso imediato; Pouco volume de requisições à farmácia.	Descentralização desordenada dos estoques; Controle deficiente dos estoques; Perdas por desvios, validade e armazenamento incorreto; Não há garantia de qualidade; Ocasional desvio das atividades dos profissionais de enfermagem; A Farmácia não participa

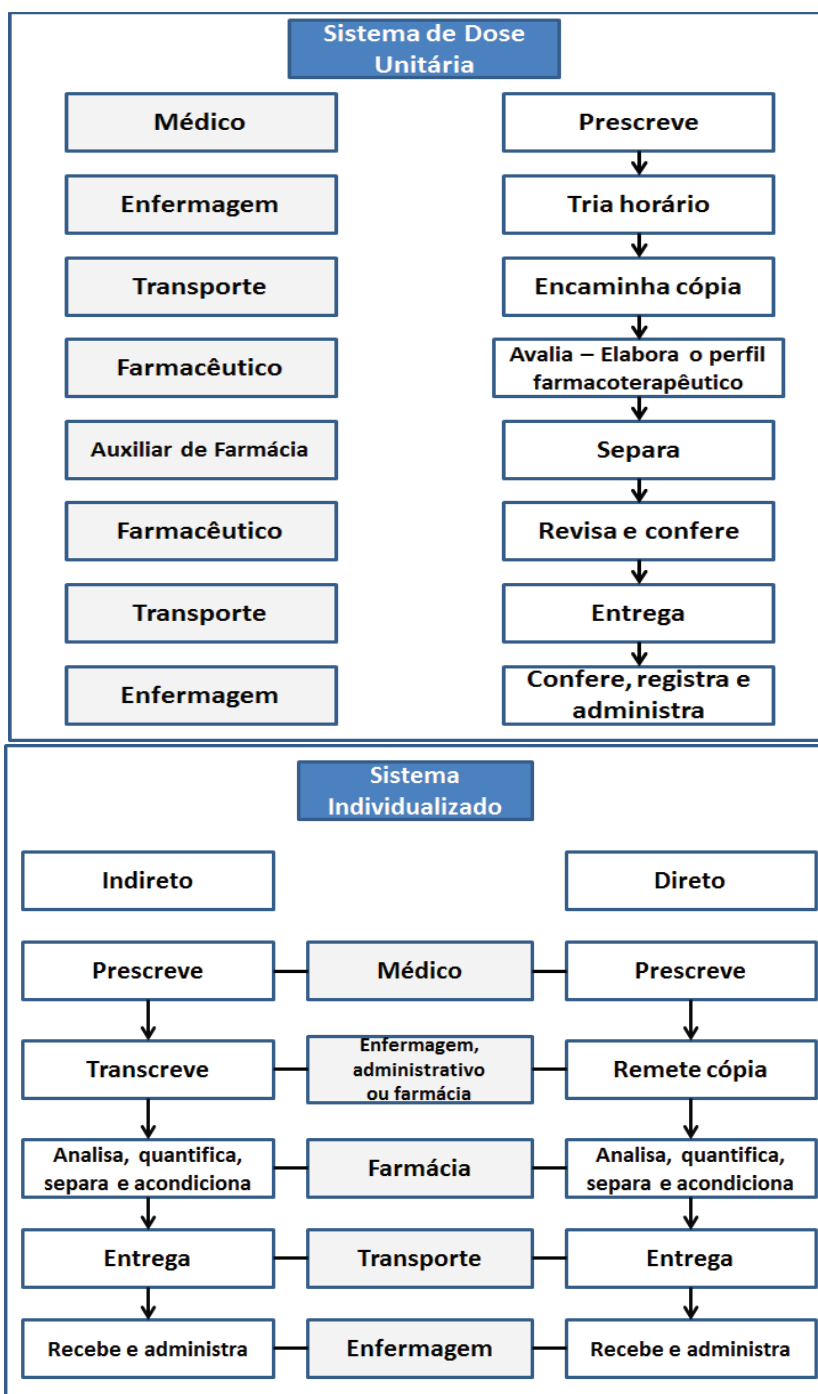
			diretamente da dispensação ao paciente; Aumento do potencial de erros de medicação (doses, formas farmacêuticas, horários, etc.);
Dose Individualizada	A dispensação é feita em nome do paciente por meio de prescrição médica, sem esquema posológico rígido. Objetivos: Enviar medicamentos para atendimento dos solicitantes; Executar as prescrições individualizadas recebidas; Atuar no corpo clínico para esclarecer as apresentações, interações, incompatibilidades, posologia, etc.; Proporcionar segurança à farmacoterapia adotada.	Evita descentralização desordenada dos estoques; Otimização do estoque; Garantia de controle do armazenamento dos medicamentos; Inserção da farmácia na equipe multiprofissional (enfermagem e corpo clínico); Menor quantidade de desvios e perdas; Menor número de erros de transcrição e de administração de medicamentos.	Custo de implantação do projeto, incluindo equipamentos e funcionários; As atividades da enfermagem permanecem desviadas para a dispensação; Funcionamento ininterrupto da farmácia (24 horas).

Dose Unitária	A dispensação é feita em nome do paciente e segue uma prescrição médica com horários preestabelecidos a cada 24 horas. Principais características: Medicamentos acondicionados em embalagens unitárias; Disponição dos medicamentos por horários; Medicamentos prontos para serem	Menor número de devoluções para a Farmácia; Otimização dos recursos humanos da Farmácia; Possibilita que cada plantão da enfermagem confira os medicamentos em seu turno. Permite maior contato da Farmácia com o corpo clínico e a enfermagem; Redução dos estoques intermediários; Redução dos erros de	Custo da implantação, incluindo área, equipamentos, embalagens e tecnologia; Aumento de recursos humanos; Tempo para treinamento dos colaboradores; Funcionamento ininterrupto da farmácia (24 horas).
----------------------	--	--	---

	<p>administrados. Objetivos: Oferecer segurança à farmacoterapia adotada; Reduzir erros de administração de medicamentos; Oferecer medicamentos nas doses indicadas de forma organizada e higiênica.</p>	<p>administração de medicamentos; Maior disponibilidade de tempo para a enfermagem.</p>	
--	--	---	--

Os sistemas de distribuição coletivo, individual e dose unitária estão abaixo representados (*fonte Gomes Reis 2001*):





Na gestão dos equipamentos de saúde objeto deste Plano Operacional, a *Solution* Gestão Pública privilegiará a adoção da DOSE UNITÁRIA, restringindo as demais apenas nos casos indispensáveis, por considerar, junto com a grande maioria dos autores e especialistas, que a dose unitária é o melhor sistema de distribuição de medicamentos aos pacientes internados, por garantir todos os objetivos do esquema terapêutico prescrito.

Os medicamentos são dispensados unitariamente, nas doses certas, acondicionados em tiras plásticas lacradas, informando o nome e leito do paciente e também o horário de administração prescrito.

A dose unitária reduz erros de distribuição e administração de medicamentos pelos seguintes fatores:

1. a dose do medicamento é embalada, identificada e distribuída pronta para ser administrada ao paciente, de acordo com a prescrição médica, não necessitando manipulação prévia por parteda equipe de enfermagem;
2. na unidade assistencial estarão estocados somente os medicamentos de emergência, itens de uso comum e as doses necessárias para suprir as próximas 24 horas de tratamento do paciente;
3. e a dupla conferência do medicamento realizada pela equipe de farmácia, através do registro farmacoterapêutico do paciente e pela equipe de enfermagem, através do registro de administração do medicamento.

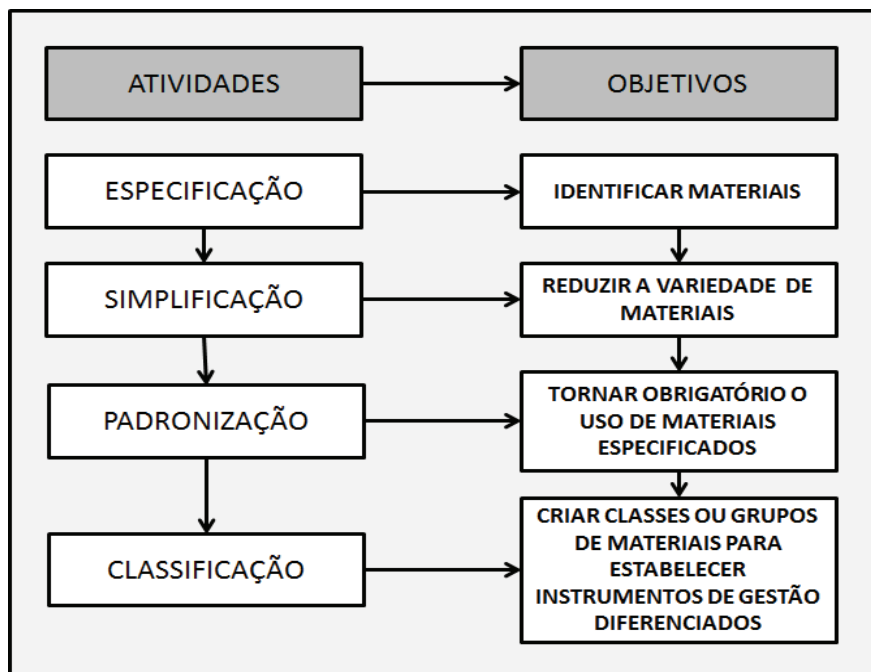
13.5.2 Materiais

Especificação, Seleção, Padronização, Classificação e Codificação de Materiais e Medicamentos.

A seleção de medicamentos é um processo dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo, assegurando ao serviço de saúde o acesso aos medicamentos necessários, através de critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo. A seleção de medicamentos traz para o hospital, vantagens administrativas, com a redução de custos, e vantagens assistenciais, melhorando a qualidade da farmacoterapia desenvolvida na instituição, completam Gomes e Reis (2001).

A seleção de materiais de uma instituição de saúde precisa ser realizada por uma gestão que seja capaz de atender as diversas exigências e atingir consenso entre os vários atores do processo: área financeira, faturamento (na unidade privada de saúde), farmacêutico, comprador, corpo clínico e usuários. Destacam a necessidade de realizar a seleção de materiais, em bases sistemáticas, passando pelas seguintes etapas: especificação, simplificação,

padronização, classificação, codificação e catalogação, conforme proposta figura abaixo.



Devem ser observados os seguintes critérios para uma correta descrição:

- ✓ Descrever o material partindo do geral para o particular;
- ✓ Incluir todas as informações necessárias para identificá-lo de modo a não gerar dúvidas;
- ✓ Evitar características desnecessárias ou redundantes;
- ✓ Usar terminologia padronizada.

Quanto aos materiais: nome básico, nome modificador, características físicas, unidade metrológica e identificações complementares devem fazer parte de uma estrutura básica para descrever corretamente os materiais. Para medicamentos, torna-se necessário incluir denominação genérica do produto, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade, registro no Ministério da Saúde e tipo de embalagem.

14. Processo de monitoramento e Estatística (Acompanhamento do Projeto)

O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados

planejados, de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações.

A avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.

A *Solution* Gestão Pública apresentará mensalmente os Resultados quantitativos e qualitativos dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários dos serviços de saúde objeto deste projeto técnico.

A produção será entregue a gestão do município de Colina até o dia 08 do mês subsequente em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela *Solution* Gestão Pública em consonância com a gestão municipal.

Será implementado um sistema de gestão na unidade de saúde. Tal software irá comportar todas as informações necessárias para a avaliação das metas contratuais. A equipe técnica em conjunto com epidemiologista da *Solution* Gestão Pública terá acesso a estes dados e irá realizar a monitoramento e avaliação da assistência. Com isso, será feito um Relatório Assistencial e de Atividades que irá compor o relatório de gestão.

As informações, quando extraídas do sistema de gestão, serão processadas e analisadas através de aplicativos e funcionalidades do pacote office 2013 e o software estatístico SPSS versão 25. Assim, gerando gráficos e tabelas para melhor visualização e avaliação dos dados assistenciais.

Entre as metas a serem analisadas estão: número de consultas pelo profissional médico, número de consultas de odontologia, número de atendimentos domiciliares, porcentagem de cadastro de moradores conforme área de abrangência territorial, número de atendimentos e procedimentos da equipe de enfermagem (exame citopatológico, cobertura vacinal, pré-natal, realização de teste rápido de Hepatite B e C, sífilis e HIV, atendimento aos hipertensos e diabéticos), consultas de psicologia e assistência social. Além da avaliação da satisfação da assistência ofertada por nossa equipe por meio de Questionário de Pesquisa de Satisfação.

A avaliação será feita conforme o estipulado no Anexo X do edital 02/2022 de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Infecção do Trato Urinário - ITU	
---	--

<i>Pronto Atendimento</i>	PROTOCOLO: 001
---------------------------	-----------------------

Contudo, iremos complementar as informações pactuadas em contrato de acordo com a demanda de individual de cada unidade gerida pelo IAG.

15 Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento

15.1 Protocolos de atenção médica

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CID10)

N39.0 - Infecção do trato urinário de localização não especificada

N11.0 - Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a refluxo

N30.9 - Cistite não especificada

CONCEITO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação bacteriana em qualquer seguimento do aparelho urinário. É considerada a infecção bacteriana mais comum em lactentes, principalmente nos primeiros meses de vida.

INCIDÊNCIA

Atinge preferencialmente o sexo feminino (proporção de cerca de 3:1), exceto durante o primeiro mês de vida quando predomina no sexo masculino. A infecção urinária prevalece nos primeiros anos de vida, atingindo seu pico máximo, por volta dos 3 a 4 anos de idade.

AGENTES ETIOLÓGICOS

- Escherichia Coli ocorre em mais de 80% das ITU em meninas e em menos de 40% das ITU em meninos.

- Proteus sp é mais frequente em meninos e está associada à presença de fimose e contaminação pelo esmegma. Pode ser causa de calculose, pois sintetiza uréase, que metaboliza ureia em CO₂ e amônia, alcalinizando a urina e formando cálculos, embora a presença de cálculo coraliforme é mais frequente no sexo feminino.
- Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus sp são mais freqüentes após a manipulação das vias excretoras e/ou uso de antibioticoterapia pregressa.
- Klebsiella sp e Streptococcus do grupo B são mais frequentes em adolescentes e, nas adolescentes sexualmente ativas, destacam-se as infecções por Staphylococcus Saprophyticos.
- Fungos, vírus e anaeróbios são outras causas de ITU.

VIAS DE INFECÇÃO ASCENDENTE

No sexo feminino as bactérias provêm do intestino grosso, deslocam-se para o introito vaginal e área periuretral e daí ascendem para o trato urinário superior.

Existem evidências que este fato ocorre também nas ITU do período neonatal. Neonatos nascidos de parto vaginal, cujas mães são portadoras de bactérias uropatogênicas no intestino, têm probabilidade de ITU 4 vezes maior.

É mais rara no sexo masculino, pela proteção que a extensão da uretra proporciona.

Hematogênica:

Ocorre principalmente no período neonatal determinando ITU grave, que pode evoluir com sepse, com manifestações neurológicas, sendo que a cepa causadora de bacteremia é a mesma da ITU em 50% dos casos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Sintomatologia própria do trato urinário: disúria; polaciúria; tenesmo, urgência e retenção ou incontinência urinárias, associada ou não a sintomas gerais como febre, prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.

- **Recém-nascidos:** É nesta faixa etária que o diagnóstico clínico é mais difícil, uma vez que os sintomas urinários são pobres e os gerais são compatíveis com diversos quadros infecciosos, retardando o tratamento correto. Não é raro manifestar-se somente com hipoatividade, anorexia, regurgitação ou vômitos, distensão abdominal e íleo adinâmico.
- **Lactentes:** É comum apresentarem febre, anorexia, vômitos, crescimento deficiente e alteração do hábito intestinal. Não é raro manifestar-se com hipoatividade, distensão abdominal e íleo adinâmico.
- **Pré-escolares, escolares e adolescentes:** Passam a ter queixas urinárias mais específicas (disúria, polaciúria, urgência para urinar, retenção, enurese, etc.).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- **Balanopostite ou vulvovaginite:** Leucorréia acompanhada de eritema, edema ou exulceração da região periuretral, em 50% dos casos, tem sintomas urinários que melhoram com tratamento tópico. Só cerca de 8% dos casos evoluem com ITU. Frequentemente está associado a oxiuríase.
- **Leucorréia** é indicação de coleta da urina por punção suprapúbica ou sondagem vesical.

ANAMNESE

- **Idade:** Recém-nascidos tem risco maior de apresentar bacteremia do que as crianças de 1 a 3 meses de idade que, por sua vez, tem risco maior do que as crianças de 3 a 36 meses. Entre 3 a 36 meses de idade, as taxas de bacteremia oculta são comparáveis. Acima de três anos de idade, a importância da bacteremia é menor.
- **Hábito miccional:** Frequência, periodicidade e volume das micções e perdas involuntárias de urina (enurese noturna e/ou diurna) das crianças com controle esfinteriano total ou parcial.
- **Sintomas urinários:** Como disúria, polaciúria, tenesmo, urgência, retenção, incontinência.

- Presença de febre: O risco de infecção severa aumenta proporcionalmente com a temperatura, principalmente acima de 39°C.
- Presença de outros sintomas: Como cefaleia (pode ser devida a HAS), prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.
- Presença de leucorréia (vulvovaginite) ou presença de fimose com balanopostite.
- Hábito intestinal / verminose (prurido anal).
- Aceitação de alimentos e de líquidos.
- Medicamentos, como antibióticos, que já usou ou está usando.
- Doenças anteriores, principalmente outros episódios de ITU e como foram caracterizados e tratados.

EXAME FÍSICO

- Dados vitais (importante medir pressão arterial)
- Dados antropométricos e seus respectivos percentis
- Palpação e percussão das lojas renais, sinal de Giordano
- Exame dos genitais: malformações, fimose (balanopostite) / vulvovaginite (leucorréia).
- Exame da coluna vertebral, particularmente a lombo-sacra.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Urina tipo I - Alterado em + 80 % dos casos nos primeiros surtos de ITU. Quando há poliúria, torna-se menos expressiva e até mesmo normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos deve-se valorizar mais os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria.

Hematúria, leucocitúria e cilindrúria são só sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo. Podem ocorrer por inflamações não relacionadas à ITU (vulvovaginite, balanopostite, virose, reação pós-vacinal, gastroenterocolite,

desidratação, manipulação instrumental ou cirúrgica do trato urinário ou digestivo).

Urocultura - É o exame que confirma a ITU. A confiabilidade depende da coleta adequada.

Modo de coleta:

Saco coletor plástico (SCP) - Após assepsia dos genitais, troca a cada 20 a 30 minutos e, caso não haja diurese fazer nova assepsia – é pouco confiável, mesmo com técnica correta (85% dos casos são falsos positivos), mas o resultado negativo torna ITU pouco provável (tem valor preditivo negativo).

Punção supra púbica (PSP) ou sonda vesical (SV): crianças < 18 meses ou sem controle esfinteriano.

- o **Jato intermediário (JI):** Crianças maiores com controle esfinteriano, exceto quando com vulvovaginite ou balanopostite.

<p>➤ Indicação de PSP ou sondagem vesical:</p> <ul style="list-style-type: none"> * quadro infeccioso grave, se < 3 anos * vulvovaginite / balanopostite * fimose importante * urocultura duvidosa (SCP) 	<p>➤ Contra indicação de PSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> * íleo paralítico * dermatite intensa no local da punção * coagulopatias * abdômen agudo
--	--

- o **Bacteriúrias significativas:**

<p>* Jato Intermediário (JI)</p> <p>< 10⁴ colônias/ml = contaminação</p> <p>10⁴ - 10⁵ colônias/ml = suspeito</p> <p>> 10⁵ colônias/ml = infecção</p>	<p>* Sondagem Vesical (SV)</p> <p>10² ou mais bactérias/ml.</p> <p>* Punção supra-púbica (PSP)</p> <p>qualquer número</p>
---	--

Outros exames de Laboratório:

Hemograma completo o Indicação - Se há suspeita de infecção sistêmica (toxemia) ou anemia. Frequência: 1 vez e repetir se necessário.

Hemocultura o Indicação - Se há suspeita de infecção sistêmica (toxemia). Frequência: 1 vez, antes de iniciar antibioticoterapia empírica, e repetir se necessário.

Provas de função renal (uréia, creatinina, “clearance” da creatinina, Na⁺, K⁺, Cl⁻, gasometria venosa). Indicação: Diagnóstico confirmado. Frequência: 1 vez e repetir se necessário ou ao final do tratamento, se alteradas.

TRATAMENTO

- A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada logo após a coleta adequada da urocultura, uma vez que seu resultado demora de 1 a 5 dias.
- A escolha do antimicrobiano mais adequado baseia-se no antibiograma e na observação da resposta ao tratamento com antibióticos empírico e na ocorrência de recorrência ou reinfecção.
- Neonatos e lactentes
 - Início: mais precocemente possível (alto risco de bacteremia e sepsis a partir do foco infeccioso). Em crianças até 3 meses de vida, é preferível, dependendo das condições socioculturais, iniciar o tratamento com a criança internada.
 - Medidas gerais: suporte hidroeletrolítico adequado e tratamento dos sintomas gerais, como febre e vômitos.
Antibioticoterapia empírica = aminoglicosídeo ou cefalosporina de 3ª geração ou associação [ampicilina + gentamicina] ou [amicacina + ampicilina + ceftriaxone], dependendo da gravidade do quadro clínico inicial.
 - Duração: de 10 a 14 dias, com controle de urocultura 2 a 5 dias após o término. Klebsiella sp e Enterobacter sp são frequentes em neonatos podendo causar ITU de difícil resolução.
 - Tratar obstipação intestinal, se houver.
- Crianças maiores e adolescentes:
 - Medidas gerais: suporte hidro-eletrolítico adequado (se possível por via oral) e tratamento dos sintomas gerais, como febre, vômitos, disúria etc. o Sempre que possível usar antibióticos por via oral (ver tabela abaixo)
 - Tratamento por 10 dias e controle de urocultura 2 a 5 dias após o término do antibiótico.
 - Tratar obstipação intestinal, se houver, e disciplinar as micções quando com controle esfinteriano.

TRATAMENTO POR VIA ORAL (a maioria dos antimicrobianos requer ajuste de dose para insuficiência renal)		
Droga	Dose	Contra-indicações
Nitrofurantoína (1ª escolha) (Hantina® - 5 mg/mL)	• 3 mg/kg/dia, dividido de 6/6 ou 8/8 horas.	• < 6 meses de vida. • Hipersensibilidade • Insuficiência renal
Ácido nalidíxico (2ª escolha) (Wyntomilon® - 50 mg/mL)	• 30 a 50 mg/kg/dia, 6/6 ou 8/8 horas.	• < 6 meses de vida. • Hipersensibilidade • Insuficiência renal
Sulfametoxazol-trimetoprim (TMP) (3ª escolha)	• 8 a 10 mg de TMP /kg/dia, 12/12 horas.	• < 2 meses de vida • Def. G6PD, porfiria • Anemia megaloblástica

Outras opções (de acordo com antibiograma ou se com orientação do SCIH)

Cefalexina (1ª ger)	• 50 a 100 mg/kg/dia, 6/6 horas.	• Altera a flora intestinal, alta resistência aos uropatógenos habituais
Cefaclor (2ª ger) ou Cefurixima axetil (2ª ger)	• 20 a 40 mg/Kg/dia, 8/8 horas. • 20 a 30 mg/Kg/dia, 12/12 horas.	• Repercussão na flora intestinal • Alergia a penicilinas
Ciprofloxacina Usar nas ITUs complicadas, como as por <i>Pseudomonas sp</i> em bexiga neurogênica	• 20 a 30 mg / kg / dia, 12/12 horas (máx 500 mg/dose).	• < 18 meses de vida.

TRATAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR (IM) OU INTRAVENOSA (IV) (a maioria dos antimicrobianos requer ajuste de dose para insuficiência renal) Indicação: < 3 meses, evolução para pielonefrite e/ou septicemia (febre alta, toxemia).		
Droga	Dose	Contra-indicações
Amicacina (1ª escolha)	• 15 mg/Kg/dia, 1x/dia (máx 1,5 g/dia) • RNPT: 7,5 a 10 mg/Kg/dia, 1x/dia	• Manter níveis séricos de 20 a 30 mg/L
Gentamicina	• 6 a 7,5 mg/Kg/dia, 8/8 hs • RNPT: 2,5 mg/Kg/dose, a cada 12 ou 24 horas	• Manter níveis séricos de 8 a 10 mg/L
Ampicilina	• 100 a 200 mg/kg/dia, 6/6 horas	• Hipersensibilidade
Ceftriaxona	• 50 a 100 mg/Kg/dia, 12/12 ou 24/24 horas. (máx 4 g/dia). • RN: 25 a 50 mg/Kg/dia, 1x/dia (máx 125 mg)	• Hipersensibilidade
Ciprofloxacina Usar nas ITUs complicadas, como as por <i>Pseudomonas sp</i> em bexiga neurogênica	• 10 a 20 mg / kg / dia, 12/12 horas (máx 400 mg/dose)	• < 18 meses de vida.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO HOSPITALAR

- * Incapacidade de ingerir líquidos.
- * Suspeita de infecção grave com toxemia ou íleo adinâmico < 3 meses ou condição socioeconômica desfavorável.
- * Persistência de febre por mais de 24 horas em criança que não estiver clinicamente bem.

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

- * Ausência de febre alta.
- * Ausência de sinais clínicos de toxemia, desidratação ou distúrbios metabólicos.
- * Paciente mantém-se clinicamente estável, com boa aceitação alimentar.

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE / RESPONSÁVEL DURANTE O TRATAMENTO

- Solicitar aos acompanhantes ajuda na avaliação da variação da temperatura, aceitação alimentar, náuseas, vômitos, fezes (nº, aspecto e volume) e diurese.
- Explicar, em linguagem acessível, a importância desta doença, aparentemente simples: só 20 a 30 % das crianças, particularmente meninas, apresentam um único surto; importância do grupo etário baixo como fator de risco para sepse; importância do retardo do diagnóstico como fator de risco para pielonefrite e formação de cicatriz renal, de 6 a 15% dos portadores de cicatrizes renais podem evoluir com insuficiência renal crônica e hipertensão arterial.
- Crianças maiores também devem ser esclarecidas sobre sua doença, seu tratamento e sua evolução, bem como ser consultadas e informadas sobre as orientações a serem seguidas, inclusive após a alta hospitalar.
- Habilitar os pais e responsáveis nas técnicas de medicação (vias de administração, doses, horários).
- Orientar a importância da observação e da correção dos hábitos intestinais e urinários para a eficiência do tratamento ou, pelo menos, aumentar o intervalo entre novos surtos.

Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar EM ADULTOS

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 002

Cetoacidose diabética é um distúrbio do metabolismo das proteínas, lípidos, carboidratos, água e eletrólitos, consequente à menor atividade da insulina frente à maior atividade (absoluta ou relativa) dos hormônios contrarreguladores, caracterizado por hiperglicemia (geralmente acima de 250 mg/dl), presença de cetonemia (acima de 3 mMol/L), cetonúria e acidose metabólica, podendo ou não ser acompanhada de coma. É a principal causa de mortalidade por diabetes mellitus (5 a 15%), relacionada às alterações próprias da cetoacidose (como os distúrbios cardiocirculatórios, hidroeletrólíticos e ácido-básicos), às complicações de seu tratamento (como o edema cerebral agudo, hipoglicemia e hipotassemia) e às doenças desencadeantes ou associadas.

Critérios de inclusão

O diagnóstico é confirmado por qualquer uma das situações abaixo, repetidas mais de uma vez:

- Cetoacidose diabética Glicemia (em plasma venoso) > 200 mg/dL (11 mmol/L)
- Glicosúria e cetonúria pH < 7,3 HCO₃ - < 15 mEq/L
- Diabetes mellitus:
- Glicemia (em plasma venoso) > 200 mg/dl em qualquer horário, com sintomas típicos ou ao acaso.
- Glicemia após 8 horas de jejum > 126 mg/dL (7mmol/L) teste de tolerância à glicose por via oral (TTG-VO, usando 1,75 mg de glicose/Kg até o máximo de 75 g > 200 mg/dL (11 mmol/L) aos 120 minutos do teste.
- Tolerância alterada à glicose (não é cetoacidose, mas mostra tendência a desenvolver diabete mellitus)
- TTG-VO > 140 mg/dl, mas < 200 mg/dl aos 120 minutos do teste.
- Glicemia após 8 horas de jejum > 110 mg/dL, mas < 126 mg/dL. Critérios de exclusão

- Hiperglicemia devida a alterações metabólicas do estresse em pacientes gravemente enfermos, como meningite e sepse.
- Transtornos urinários (infecção ou enurese, diabetes insípido e alterações psíquicas ou emocionais).
- Intoxicação por salicilatos (evolui com glicosúria, hiperglicemia discreta e acidose metabólica). O diagnóstico diferencial é realizado adicionando-se cloreto férrico à urina. Ocorrerá a viragem de cor para vermelho. Ferver a urina. No paciente diabético a cor vermelha desaparecerá.
- Outras causas de desidratação e coma.

Anamnese

Existência e duração de:

- Poliúria, polidipsia e, mais raramente na infância, polifagia. Do início dos sintomas de diabetes ao quadro clínico de cetoacidose podem transcorrer dias ou semanas (habitualmente entre 1 e 6 semanas).
- Desidratação caracterizada por boca seca, perda de peso, fraqueza muscular, náuseas, vômitos, dor abdominal (podendo até mimetizar abdome agudo).
- Acidose caracterizada por hiperpnéia, hálito cetônico, confusão mental, torpor e coma.
- Sintomas associados com outras doenças capazes de serem fatores desencadeantes (traumas físicos ou emocionais, infecções, abandono de tratamento, etc.)
- Em crianças menores de 2 anos de idade: sede intensa, irritabilidade e sintomas devidos a desidratação, que podem se manifestar com febre e alteração do nível de consciência, taquipnéia e fraldas pesadas.
- Últimas aplicações de insulina (tipo, dose, horários e local)
- Hábitos alimentares e alimentação nos dias anteriores. • Ocorrência de outras doenças endócrinas (hiper ou hipotiroidismo, doença de Addison, etc.) ou autoimunes.
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo I, de outras doenças endócrinas ou autoimunes.

Exame físico

Peso atual com a criança sem roupa (comparar com peso anterior, se possível).
Ao avaliar a variação do peso, lembrar que a desidratação coexiste com o emagrecimento secundário à glicogenólise, proteólise e lipólise.

Cor (palidez, icterícia, cianose).

Temperatura, pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória, padrão respiratório.

Estado de hidratação (hidratado ou algum grau de desidratação ou desidratação grave). Os sinais clínicos de desidratação costumam ser menos evidentes que em outras formas de desidratação, pois a perda hídrica é mais intensa no intra que no extracelular e são menos evidentes em crianças maiores que em lactentes.

Atividade espontânea (usar também a escala de coma de Glasgow)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Conduta

Princípios básicos:

O esquema terapêutico deve ser individualizado. A resposta clínica e laboratorial, que é variável, deve servir de critério para a velocidade e intensidade dos procedimentos a serem aplicados.

- A correção dos distúrbios cardiocirculatórios e eletrolíticos é prioritária.
- Importante reconhecer e, se possível, tratar os fatores desencadeantes (hemograma inicial pode apresentar leucocitose com desvio à esquerda mesmo na ausência de infecção).
- Evitar dissecções venosas.
- Combater vômitos com anti-eméticos e, se necessárias, lavagem gástrica com soluções levemente alcalinas.
- Antibioticoterapia só está indicada quando há evidências de infecção bacteriana.

Hidratação:

- A desidratação é, geralmente, de segundo grau, com perda hídrica média de 8 a 10% do peso.
- A variação das perdas hidroeletrolíticas e suas médias estimadas são:
 - Água = 50 a 150 ml/Kg (100 ml/Kg)
 - Sódio = 5 a 10 mEq/Kg (8 mEq/Kg)
 - Cloro = 3 a 10 mEq/Kg (5 mEq/Kg)
 - Potássio = 3 a 11 mEq/Kg (6 mEq/Kg)
 - Fósforo = 0,5 a 1,5 mmol/Kg (1 mmol/Kg)

Paciente em choque hipovolêmico:

- Soro fisiológico (NaCl 0,9%) – 10 a 20 ml/Kg, por via IV rápida. Repetir no máximo mais 2 vezes, até melhora das condições hemodinâmicas.
- Com o retorno da taxa de filtração glomerular há queda da glicemia por aumento da glicosúria. Por isto, não usar insulina até obter boa diurese.
- Quando houver melhora das condições cardiocirculatórias, mas o paciente ainda apresentar oligoanúria, pensar na possibilidade da instalação de insuficiência renal e a infusão de água e sódio deverá ser feita mais criteriosamente.

Paciente desidratado, mas com débito urinário satisfatório (> 1,5 ml/Kg/hora):

- Soro fisiológico adicionado a igual volume de soro glicosado a 5% e potássio na concentração de 40 mEq/L (se potassemia entre 4 e 6 mEq/L) a 60 mEq/L (se potassemia menor que 4 mEq/L), EV lento, em prazo não inferior a 12 horas, até o desaparecimento dos sinais clínicos de desidratação, na velocidade de: < 2 anos: 4200 ml/m² /dia
 - De 2 a 10 anos: 200 ml/Kg/dia > 10 anos: 100 a 120 ml/Kg/dia
 - Média: 4 a 6 ml/kg/hora •
 - Iniciar insulino terapia (ver adiante)

Paciente clinicamente hidratado com débito urinário satisfatório ou aumentado:

- Hidratação de manutenção, EV, 3200 ml/m² /dia, contendo NaCl a 0,3%, glicose a 3,5% com 25 mEq/L de potássio ou usar o esquema de Holliday-Segar:
- Volume da manutenção = 100 ml / 100 Kcal necessárias /dia. Para cálculo das necessidades calóricas diárias, usar as fórmulas: * Até 10 Kg = 100 kcal / kg /dia;

* 10 a 20 kg = 1000 kcal + 50 kcal para cada kg acima de 10; * >20 kg = 1500 kcal + 20 kcal para cada kg acima de 20.

Necessidade de sódio = 3 mEq/100 Kcal.

Necessidade de potássio = 2,5 mEq/100 Kcal.

- Ao volume da manutenção acrescentar a reposição das perdas continuadas, em média

Volume na forma de glicose a 5%: 50 ml/Kg/dia

Sódio: 75 mEq/L

Potássio: 50 mEq/L

- Metade da dose total de potássio (manutenção + reposição) pode ser dada na forma de fosfato (1 ml de KH_2PO_4 a 25% = 1,8 mEq de K e 1,8 mMol de PO_4).
- Se a evolução for favorável, pode-se manter 1/3 do volume por via parenteral e o restante por via oral, na forma de leite, caldo de carne, suco de frutas coado ou chás.
- A hidratação parenteral deve ser interrompida assim que o paciente estiver hidratado, com boa diurese e com boa aceitação por via oral.

Correção da acidose

- Bicarbonato de sódio deve ser restrito aos casos com $\text{pH} < 7,1$ ou o $\text{HCO}_3^- < 5$ mEq/L ou, ainda, naqueles em que a presença de choque e acidemia graves requer uma correção rápida para melhora da função miocárdica e ventilatória. A correção com bicarbonato deve ser sempre parcial, visando elevar o pH para valores entre 7,1 e 7,2.
- NaHCO_3 a 1,4% (as apresentações mais concentradas devem ser diluídas com água destilada), utilizando-se a seguinte fórmula: $[(\text{PaCO}_2 / 2) - \text{HCO}_3^-] \times 0,3 \times \text{peso (em Kg)} = \text{mEq HCO}_3^- \text{ necessários, EV, em 4 horas (reavaliar após 2 horas)}$.
- Corrigir, também, o componente não cetótico e não láctico da acidose, utilizando a fórmula: $(\text{Na}^+ - \text{Cl}^- - 32 - \text{HCO}_3^-) \times 0,3 \times \text{peso (em Kg)} = \text{mEq HCO}_3^- \text{ necessários}$.

Insulinoterapia • Glicemia $> 250 \text{ mg\%}$ $\text{pH} < 7,2$ e $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$

- Não usar a via SC ou IM em condições de acidose grave, desidratação e hipoperfusão periférica.
- Usar insulina regular, EV: dose de ataque de 0,1 U/kg, seguida de infusão contínua de 0,1 U/kg/hora, com bomba de infusão contínua.
- Preparo da solução EV: 50 U de insulina regular em 250 ml de SF. Trocar a cada 6 horas. Como a insulina pode aderir ao equipo do soro, deve-se "lavar" o equipo com a solução que a contém antes de se iniciar a infusão.
- A glicemia deve diminuir cerca de 10%/hora. Se esta diminuição for mais rápida a velocidade de infusão deve ser reduzida em 0,05 U/kg/hora e se for mais lenta, aumentada em 0,05 U/kg/hora.
- Se bomba de infusão não for disponível, administrar insulina regular – 0,2 U/kg, IM, a cada 2 horas, desde que as condições de perfusão tissular estejam adequadas.
- Se persistir a acidemia mesmo com glicemia < 250 mg/dL, aumentar a velocidade de infusão de glicose, adicionando 2 a 4 gramas de glicose/unidade de insulina que está sendo administrada.
- Quando glicemia < 250 mg%; pH > 7,25 e HCO₃ - > 15 mEq/L, usar insulina regular, 0,1 U/kg, IM ou SC, a cada 4 horas enquanto houver hiperglicemia e manter a infusão EV por mais 30 minutos – 0,05 U/kg/hora antes de suspende-la.
- Quando a glicemia normalizar, reavaliar a necessidade do uso de insulina regular, SC ou IM, 2 horas após.

Glicemia < 250 mg% pH > 7,25 HCO₃ - > 15 mEq/L:

- Insulina regular – 0,1 U/kg, IM ou SC, a cada 4 horas enquanto houver hiperglicemia.
- Se a glicemia normalizar, reavaliar a necessidade do uso de insulina regular, SC ou IM, 2 horas após.

Manutenção

Na manhã do dia seguinte ao da internação, mesmo com controle só parcial da CAD que determine a continuidade do uso de insulina regular, dar insulina de ação intermediária (NPH), SC, em dose 10% maior que a prévia à descompensação para crianças que dela já faziam uso (desde que o motivo da descompensação não tenha sido negligência do tratamento) e 0,5 U/kg/dia nos casos de primeira descompensação, da seguinte forma:

Antes do desjejum, iniciar com $\frac{2}{3}$ da dose diária de insulina, sendo $\frac{2}{3}$ na forma NPH e $\frac{1}{3}$ na forma regular.

Metade do restante da dose diária de insulina deve ser dada antes do jantar ($\frac{1}{6}$ da dose diária) na forma insulina regular.

A outra metade do restante da dose diária de insulina deve ser dada antes de dormir ($\frac{1}{6}$ da dose diária) na forma de NPH.

Para o ajuste da dose de manutenção deve-se considerar o padrão de resposta do paciente à insulino terapia e suas características sócio-econômicos-culturais como hábitos alimentares e horários de atividades e refeições. Isto só pode ser avaliado ambulatorialmente, após o retorno ao ambiente familiar e cotidiano. É inútil tentar obter glicemias normais com o paciente internado.

Atendimento aos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 003

Como identificar um caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave?

Deve-se suspeitar de Síndrome Gripal (SG) em indivíduos que apresentem doença respiratória aguda caracterizada por febre (mesmo que referida), associada à tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia, uretralgia, na ausência de outros diagnósticos. Em crianças com menos de dois anos de idade, considera-se também como caso de SG aquelas que apresentem febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

A suspeita clínica deve ser feita mesmo em pacientes que tenham recebido imunização contra influenza, já que o paciente pode ter sido infectado por uma cepa não presente na vacina ou pode não ter produzido anticorpos em níveis protetores após a vacinação. Caracteriza-se como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) o quadro de paciente com SG que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: hipoxemia (SatO₂ < 95% em ar ambiente), sinais de desconforto respiratório ou taquipneia, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente ou descompensação da doença de base.

Também é considerado SRAG qualquer indivíduo com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal. Em crianças, além dos itens anteriores também são considerados como sinais de SRAG a presença de desidratação, inapetência, cianose, tiragem intercostal e batimento de asas do nariz.

Quem deve atender e como conduzir inicialmente um caso de suspeita de SG ou SRAG?

A identificação de casos suspeitos de SG ou SRAG pode ser feita por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com os

critérios clínicos apresentados no item anterior. Ao se identificar um caso suspeito, o profissional de saúde deve orientar o paciente em relação às medidas de precaução e encaminhá-lo para atendimento médico. Casos identificados como SRAG devem ter seu atendimento priorizado. Deve ser realizado o exame clínico, a avaliação da gravidade e a prescrição de medicamentos/medidas de conforto (analgésico/antitérmico, oxigenoterapia, broncodilatador). A prescrição deve ser realizada conforme Nota Técnica 01/14 “Prescrição e Medidas de conforto pelo enfermeiro nos centros de Saúde”.

Quais as orientações de precaução devem ser adotadas enquanto o paciente com SG ou SRAG aguarda atendimento?

Ao identificar um caso suspeito de SG ou SRAG, o profissional de saúde deve:

- Oferecer ao paciente uma máscara cirúrgica e orientar o seu uso correto, sempre que o paciente tolerar;
- Orientar o paciente a cobrir a boca quando tossir ou espirrar com toalha de papel ou com a fossa cubital do braço;
- Orientar o paciente a utilizar papel toalha ou lenço descartável para higiene nasal e descartar imediatamente na lixeira após o uso;
- Orientar higienização frequente das mãos (com água e sabão, ou com álcool gel 70%), especialmente após assoar o nariz, tossir ou espirrar;
- Orientar o paciente a permanecer em local ventilado, a uma distância de pelo menos um metro de outros pacientes, particularmente daqueles com condições ou fatores de risco, enquanto aguarda atendimento;
- Disponibilizar cartazes e materiais informativos com orientações sobre a etiqueta respiratória em locais estratégicos, como: áreas de recepção, salas de espera, áreas de convivência, etc.
- Quais os tipos de precauções devem ser utilizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento de um caso suspeito de SG ou SRAG?
- Devem ser adotadas medidas de precaução padrão e precaução para gotículas durante todo atendimento de pacientes com SG ou SRAG.

Precauções Padrão:

- Higienização das mãos: lavar com água e sabonete ou friccionar as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) principalmente nos cinco momentos preconizados pela OMS:
- Luvas de procedimento: usar quando houver risco de contato com sangue, secreções, pele não íntegra, membranas/mucosas, superfície ou equipamento contaminado. Calçá-las imediatamente antes do contato e retirá-las logo após o uso, higienizando as mãos em seguida;
- Óculos, gorro e/ou avental: usar quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- O profissional deve descartar a máscara e luvas na lixeira e não circular pela unidade de saúde usando EPI.

Precauções para Gotículas:

- Máscara cirúrgica: utilizar durante o atendimento e ao contato próximo (a menos de 1 metro de distância) com paciente. As máscaras cirúrgicas devem ser trocadas a cada atendimento e também se estiverem molhadas ou danificadas. Durante o transporte do paciente, o profissional e o paciente devem usar a máscara cirúrgica. As mãos devem ser higienizadas imediatamente após a sua retirada.
- O paciente que se encontra internado ou em observação em pronto-atendimentos e Centros de Saúde, ao transitar pelas dependências da unidade de saúde, deve usar máscara cirúrgica. Não é necessário o uso dessa máscara nos demais pacientes em atendimento no local. O uso de máscara cirúrgica deve ser adotado também no paciente durante transporte.

Em situações específicas, devem ser adotadas medidas de precaução para aerossóis.

Precaução para Aerossol:

- Máscara N95: utilizar apenas na realização de procedimentos com potencial de geração de aerossol (micronebulização, intubação oro-traqueal, broncoscopia, autópsia, manobras de ressuscitação, aspiração de oro ou nasofaringe por sistema aberto, procedimentos odontológicos).
- Para os pacientes intubados, em unidades de saúde onde se dispõe de sistema fechado de aspiração, sem a necessidade de desconexão do circuito, não há indicação de quarto privativo e as precauções padrão e por gotículas devem ser mantidas. Em situações com indicação de micronebulização, sugere-se avaliar o medicamento spray com espaçador como alternativa, o que também torna desnecessário o isolamento do paciente.
- Embora as profissionais de saúde gestantes devam observar as mesmas medidas de controle de infecção como todos os outros profissionais de saúde, recomenda-se que elas não realizem procedimentos geradores de aerossol em pacientes com suspeita ou infecção confirmada por influenza. Os ambientes onde são realizados os procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com SG e SRAG devem ser submetidos à limpeza concorrente habitual. Os mobiliários ocupados pelos pacientes (ex: maca, cadeira, etc.) devem ser higienizados após cada procedimento. Para essa limpeza deve-se utilizar água e sabão, seguida de desinfecção com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Quais são as condições e fatores que podem aumentar o risco de evolução desfavorável de um paciente com SG?

- Gestantes;
- Puérperas (até 2 semanas após o parto ou abortamento/perda fetal); Crianças menores de 5 anos;
- Adultos com idade igual ou maior a 60 anos; População indígena aldeada;
- Indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de ácido acetilsalicílico; Portadores das seguintes comorbidades:
 - Pneumopatia (incluindo asma); Pacientes com tuberculose;
 - Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); Nefropatia;
 - Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); Hepatopatias;

- Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes melitus);
- Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);
- Imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros;
- Obesidade grau III (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

Quais são os sinais/sintomas de piora do estado clínico ou de gravidade?
Dispneia ou taquipneia;

- Hipoxemia (saturação $O_2 < 95\%$);
- Exacerbação de doença pré-existente (ex: DPOC ou cardiopatia); Disfunções orgânicas graves (ex: insuficiência renal aguda); Miosite comprovada por dosagem de creatinofosfoquinase; Alteração do sensorio/confusão mental;
- Exacerbação de sintomas gastrointestinais em crianças; Hipotensão arterial;
- Desidratação;
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias.

Qual exame deve ser realizado para diagnóstico etiológico de influenza em pacientes com SG ou SRAG e quando solicitá-lo?

A realização de exame para diagnóstico etiológico está indicada para pacientes com SRAG ou em situações de surto de SG. A amostra de secreção nasofaríngea deve ser coletada nas primeiras 72 horas do início da doença, podendo ser realizada até sete dias após o início da doença.

Preferencialmente, a amostra deve ser obtida em até 24 horas após início do uso de oseltamivir. Contudo, ressalta-se que a administração do antiviral não deve ser postergada devido à coleta de amostra para identificação viral.

Como conduzir os casos de pacientes com SG ou SRAG?

Casos sem sinais de gravidade/sintomas de piora e sem fatores de risco:

- Prescrever antitérmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico;
- A prescrição do antiviral, em caso de SG sem fatores de risco pode ser feita, sob julgamento clínico. O início do tratamento deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 48 horas de sintomas;
- Orientar afastamento do trabalho/escola até 24 horas após término da febre; Não compartilhar alimentos, copos, toalhas;
- Manter ambiente domiciliar ventilado; Aumentar hidratação oral;
- Retornar ao Centro de Saúde para reavaliação se febre alta não responsiva a antitérmico, febre persistente (> 3 dias) ou se apresentar sinais de piora do estado clínico ou de gravidade;
- Orientar o paciente a retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo;
- Notificar apenas em caso de suspeita de surtos (escolas, creches, asilos, empresas).

Casos sem sinais de gravidade/sintomas de piora, mas com fatores de risco:

- Prescrever antitérmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico;
- Prescrever oseltamivir;
- Orientar afastamento do trabalho/escola até 24 horas após término da febre, mesmo que o paciente esteja em uso de antiviral;
- Referenciar o paciente para a equipe de saúde da família, que deve acompanhar a evolução clínica do paciente, indicando reavaliação médica em 48 horas ou em caso de piora;
- Paciente deve retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo;
- Notificar apenas em caso de suspeita de surtos (escolas, creches, asilos, empresas).

- Casos com sinais de gravidade/sintomas de piora:
- Se necessário, iniciar uso de oxigenioterapia suplementar e hidratação venosa; Prescrever oseltamivir e sintomáticos;
- Fazer contato com SAMU para transporte do paciente até Hospital de Referência;
- Manter monitoramento clínico;
- Deve ser solicitada coleta de secreção respiratória para realização de exame específico.

Quando e como utilizar o antiviral (oseltamivir)?

O tratamento com oseltamivir deve ser realizado em todos os casos de SRAG e nos casos de SG que apresentarem algum fator de risco. A prescrição do antiviral, em casos de SG sem fatores de risco pode ser feita, sob julgamento clínico. O início do tratamento deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 48 horas de sintomas.

É importante lembrar que a indicação do tratamento independe de vacinação prévia e que, em pacientes com condições e fatores de risco para complicação e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.

A critério clínico, o tratamento pode ser prolongado em pacientes imunossuprimidos, com doença grave ou prolongada, especialmente quando comprovado por exame virológico de amostras respiratórias do trato inferior a persistência do vírus.

Para liberação do antiviral, é necessária apenas a receita médica em duas vias. Nos casos de prolongamento de tratamento, além da receita deve ser encaminhada a justificativa médica.

Apresentações do oseltamivir

Cápsulas de 75 mg

Cápsulas de 45 mg

Cápsulas de 30 mg

Diante da necessidade de administração de oseltamivir em crianças, abrir a cápsula e diluir seu conteúdo em água. No caso de utilização da cápsula de 75 mg, diluir em 7,5 ml de água gerando solução na concentração de 10 mg/ml (para crianças menores de um ano podem ser utilizados outros volumes de diluição para facilitar o cálculo da dose).

Administrar volume de solução equivalente à dose preconizadas nas tabelas 1 e

2. O restante da solução preparada para cada dose deve ser desprezado, não podendo ser reaproveitado para a próxima dose.

Os efeitos colaterais mais frequentes são náuseas e vômitos (preferir administração após alimentação), dor abdominal, diarreia, cefaleia, conjuntivite. Entre os efeitos menos frequentes encontram-se alterações de comportamento que podem levar a delirium (principalmente em crianças e jovens), hepatite, arritmias, distúrbios visuais, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

Isolamento no Ambiente Hospitalar

Isolamento em quarto privativo dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave

O isolamento, quando indicado, deve ser realizado preferencialmente em um quarto privativo, com vedação na porta e bem ventilado deve ter a duração de até sete dias após o início dos sintomas, ou até 24 horas após a cessação da febre.

Isolamento por coorte

Considerando-se a possibilidade de aumento do número de casos com complicações, se a unidade não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para atendimento de todos aqueles que requeiram internação,

deve-se estabelecer o isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou unidade os pacientes com infecção por influenza pandêmica (H1N1) 2009. Se existir um grande número de pacientes infectados, deve-se definir área específica do hospital para isolamento dos casos. É fundamental que seja mantida uma distância mínima de um metro entre os leitos.

Outras orientações:

O quarto, enfermaria ou área de isolamento deve ter a entrada sinalizada com alerta se referindo a isolamento para doença respiratória, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência;

Também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução (gotículas e padrão) a serem adotadas; e

Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria e área de isolamento devem ser disponibilizadas condições para higienização das mãos, com dispensador de preparação alcoólica (gel ou solução a 70%), lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel-toalha, papel-toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.

Acidente Vascular Hemorrágico Cerebral

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 004

É a hemorragia que ocorre dentro do parênquima encefálico, resultante da ruptura física das paredes vasculares ou de anormalidades dos componentes sanguíneos.

A causa mais comum é a hipertensão arterial (40/60%), mas outras causas podem estar envolvidas:

(10/20%) - Malformação vascular

(05/10%) - Angiopatia por depósitos de amilóide (02/10%) – Neoplasma

(01/05%) - Álcool e outras drogas

(05%) - Anticoagulantes e trombolíticos

(05%) - Outros (coagulopatias, enxaqueca, vasculites)

Os locais mais comumente afetados pela hemorragia são os núcleos da base, a região subcortical dos lobos, cerebelo e ponte.

Achados Clínicos

Instalação súbita de déficit neurológico focal que progride de minutos a horas, acompanhada de cefaleia, náuseas e vômitos, diminuição do nível de consciência e presença de hipertensão arterial. Convulsões podem ocorrer em apenas de 6 a 7% dos pacientes e são mais comuns nas hemorragias lombares que nas profundas.

Variações na apresentação do déficit neurológico focal assim como do comprometimento do nível de consciência ocorrem de acordo com o local afetado e a extensão da hemorragia.

Diagnósticos Diferenciais

Embora sinais clínicos possam sugerir, eles não são suficientemente seguros para distinguir hemorragia intraparenquimatosa de infartos encefálicos. No entanto, a tomografia computadorizada (TC) de crânio pode confirmar ou descartar uma hemorragia precoce.

Faz-se necessário o diagnóstico diferencial da hemorragia, visto que muitas vezes a etiologia influencia a conduta.

São causas de hemorragia intracerebral:

- Abuso de álcool e drogas;
- Amilóide cerebral;
- Coagulopatias;
- Distúrbios plaquetários;
- Endocardite bacteriana (aneurismas micóticos);
- Hemorragia em infartos cerebrais;
- Hemorragia em tumores;
- Hepatopatias;
- Hipertensão arterial;
- Malformações vasculares;
- Trauma;
- Uremia;
- Uso de drogas anticoagulantes ou trombolíticos;
- Vasculites.

Exames Complementares:

- Coagulograma completo;
- Dosagem de eletrólitos, uréia e creatinina;
- Ecocardiograma quando houver suspeita de endocardite bacteriana;
- Eletrocardiograma;
- Exame de radiografia simples de tórax deve ser realizado em todos os casos;
- Hemograma completo;
- Ressonância nuclear magnética e/ou arteriografia cerebral em casos selecionados, principalmente quando houver suspeita de malformações arteriovenosas (MAVs), cavernomas ("MAV oculta") ou neoplasias que não puderam ser esclarecidas pela tomografia computadorizada;
- Tomografia Computadorizada de crânio.

Conduta Terapêutica:

- Cabeceira elevada a 30 graus;

- Controle da pressão arterial (PA) para níveis inferiores a 180 mmHg (PA sistólica) e 150mmHg (PA diastólica) ou PA média entre 100 e 130 mmHg.
- Se necessário utilizar metoprolol, captopril ou nitroprussiato de sódio
- Evitar hipotensão arterial;
- Manter euvolemia, evitar usar soluções hipomolares;
- Monitoração cardíaca nas primeiras 48hs;
- Monitoração da pressão intracraniana (PIC) se suspeita de PIC elevada ou deterioração do nível de consciência, em geral quando score na escala de coma de Glasgow < 9;

Profilaxia de crises convulsivas:

- Fenitoína 300 mg/dia, deve ser descontinuada se não ocorrerem crises convulsivas após 1 mês;
- Prótese ventilatória, se indicada, conforme critérios de insuficiência respiratória;
- Tratamento das causas subjacentes quando identificadas;
- Tratar hipertermia (temperatura maior/igual 38 graus C);
- Quando PIC > 20mmHg, tratar de acordo com a causa subjacente, efeito de massa do hematoma ou hidrocefalia e pode compreender:
- Osmoterapia (manitol 20% 0,25-0,5 g/kg);
- Hiperventilação moderada por curtos períodos (30 minutos Pco2 entre 30 e 35 mmHg);
- Sedação e bloqueio neuromuscular;
- Drenagem ventricular e evacuação cirúrgica do hematoma.

Medidas Profiláticas:

- Aumento do consumo de frutas e vegetais;
- Monitoração rigorosa da anticoagulação para níveis de RNI < 3,0;
- Redução do consumo de álcool e drogas simpatomiméticas;
- Seleção cuidadosa de pacientes candidatos a trombólise no infarto do miocárdio e no AVC isquêmico;
- Tratamento adequado das comorbidades associadas;
- Tratamento isolado da hipertensão arterial sistólica reduz o risco de hemorragia intracerebral em torno de 50%;

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	
<i>Pronto Atendimento</i>	PROTOCOLO: 005

O Acidente Vascular Encefálico-Isquêmico (AVEs) é um infarto encefálico resultante da interrupção súbita do fluxo sanguíneo focal, determinando perda da função neuronal, que pode ser irreversível.

Os AVEs são subdivididos em Aterotrombóticos, Embólicos e Infartos Lacunares.

Achados Clínicos

A característica mais típica dos sintomas nos AVEs é o início súbito.

Os sinais e sintomas específicos frequentemente refletem o tamanho e o território vascular envolvido e podem incluir:

- Afasia ou negação e heminegligência
- Agnosias
- Amnésia
- Analgesia facial
- Anestesia dolorosa
- Anomia tátil
- Apraxias
- Ataxia cerebelar
- Cegueira ipsilateral
- Disartria
- Disdiadococinesia
- Disfagia
- Dismetria
- Distúrbios da capacidade de resposta (abulia ou mutismo acinético)
- Hemianopsia

- Hemibalismo
- Hemiparesia e hemianestesia contralaterais
- Incoordenação
- Nistagmo
- Paralisia facial
- Paralisia oculomotora
- Perda da gustação
- Rouquidão
- Surdez
- Vertigem
- Zumbidos

Sintomas Gerais

- Cefaléia
- Convulsões e coma podem ocorrer, mas não necessariamente
- Vômitos

Diagnósticos Diferenciais

Os diagnósticos diferenciais das hemorragias e dos infartos causados por trombose ou embolias têm importantes implicações prognósticas e terapêuticas.

O diagnóstico diferencial deve ser lembrado em qualquer paciente que apresente um distúrbio focal lateralizante da função cerebral.

As neoplasias e os abscessos geralmente evoluem em dias ou semanas e a história aliada à tomografia computadorizada é suficiente para eliminar essas possibilidades.

Na presença de coma, outros diagnósticos devem ser considerados:

- Distúrbios metabólicos da glicose
- Função renal
- Eletrólitos
- Intoxicação por drogas (álcool, barbitúricos)

As crises convulsivas e o déficit pós-ictal imediato podem simular um AVE

Na enxaqueca com aura pode haver dificuldades na diferenciação com diagnóstico de AITs principalmente no caso de sintomas visuais, visto tratar-se de fenômeno autolimitado; as auras, no entanto, raramente incluem sintomas motores, sensoriais, de linguagem ou comportamento.

Nos traumatismos deve-se atentar para a história e a presença de sinais externos, nem sempre presentes

Exames Complementares

A tomografia computadorizada de crânio (TC) deve ser realizada o mais precocemente possível para distinguir o AVC isquêmico do AVC hemorrágico.

Deve-se dar atenção especial para os sinais tomográficos precoces de isquemia, obliteração focal de sulcos e cisternas, hipodensidade da substância branca e sinal da artéria cerebral média hiperdensa.

O eletrocardiograma é indispensável devido à alta incidência de doenças cardíacas associadas.

Testes laboratoriais:

Hemograma e Coagulograma completos;

- Dosagem de eletrólitos
- Glicemia
- Ureia e Creatinina

Conduta Terapêutica:

- Avaliação clínica inicial completa
- Cabeceira elevada a 30 graus
- Monitoração cardíaca
- Suplementação de oxigênio quando saturação de O₂ < 92%
- Tratamento da hipertensão: >200-220mmHg p/P.A. sistólica ou 120 mmHg p/P.A. diastólica), exceto se associado com insuficiência cardíaca, dissecação de

aorta, infarto do miocárdio ou angina, insuficiência renal ou candidato à trombólise.

Se necessário ao tratamento usar Captopril VO ou Nitroprussiato de Sódio EV
Controle rigoroso da glicemia mantendo níveis inferiores a 180mg/dl.

Controlar rigorosamente a temperatura mantendo-a menor que 37,8 graus C.

Soluções hipotônicas são contraindicadas devido ao risco de piora do edema cerebral.

Administrar AAS na dose de 165-325 mg VO (média 200mg/dia) nas primeiras 24 a 48 horas após início dos sintomas.

A profilaxia da TVP deve ser realizada normalmente.

Para paciente rigorosamente selecionado de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke Study) deve-se administrar o rt-PA 0,9 mg/kg IV (dose máxima de 90 mg), 10% em “bolus” (1 minuto) e o restante dentro de um período de 60 minutos

Medidas Profiláticas

Controle rigoroso de comorbidades como Cardiopatias, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Hipertensão Arterial.

Evitar ou tratar:

- Ataques Isquêmicos Transitórios (AITs);
- Drogas estimulantes (efedrina, pseudoefedrina, metilfenidato, cocaína, anfetaminas);
- Estenose carotídea;
- Etilismo;
- Sedentarismo;
- Tabagismo;
- Trombofilias;
- Uso de contraceptivos orais principalmente quando associados a outros fatores de risco, inclusive migrânea;
- Vasculites.



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDIADA NA ALAMEDA POLÔNIA, N° 666, B. CITY BARRETOS, BARRETOS-SP, CEP 14.784-039

INSCRITA NO CNPJ: 17.795.008/0001-94 E NO CREMESP SOB O N°.: 999467

FUNDAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013

Parada Cardiorrespiratória

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 006

A ressuscitação cardiorrespiratória cerebral é um conjunto de medidas que visa à restauração da atividade cardíaca espontânea em paciente que apresenta quadro de parada cardiorrespiratória (PCR).

Podemos definir PCR como sendo uma situação súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória, seja por cessação da função respiratória. A definição aplica-se a situações potencialmente reversíveis, tais como: fibrilação ventricular por trombose coronariana ou por choque elétrico, afogamento ou distúrbio metabólico transitório (cetoacidose do diabético).

Pacientes com patologia grave e irreversível, como os portadores de neoplasia disseminada e idosos com falência orgânica múltipla, que estão caminhando para um fim digno de sua existência, devem ser respeitados pelos médicos, permitindo a companhia de seus familiares e proporcionando analgesia e conforto.

Achados Clínicos

A identificação da PCR deve ser rápida, pois os danos cerebrais surgem após 4 minutos da interrupção do fornecimento de oxigênio.

O diagnóstico deve ser feito sempre clinicamente; em paciente com perda súbita de consciência, realizar a palpação digital dos pulsos carotídeos ou femorais e caso estejam ausentes, deve ser feito o diagnóstico de PCR.

Não se deve esperar por outros sinais, como a dilatação pupilar (que surge após 45 segundos) ou a cessação dos movimentos respiratórios (que podem perdurar por mais de 1 minuto).

Diagnósticos Diferenciais

O principal diagnóstico diferencial é com a morte, que deve ser respeitada e aceita pelo médico-assistente.

Deve-se ainda diferenciá-la de:

- Síncope vagal;
- Brade arritmias;
- Crises convulsivas;
- Hipertensão intracraniana;
- Acidente vascular cerebral;

Exames Complementares

O exame subsidiário indispensável tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento do procedimento é a monitoração cardíaca contínua.

Deve-se colher o mais breve possível:

- Gasometria arterial;
- Dosagem sérica de sódio, potássio e magnésio;
- Dosagem da glicemia, Htc e Hb.

Conduta Terapêutica

O suporte básico de vida deve ser realizado imediatamente após o diagnóstico de PCR, alguém deve solicitar ajuda e iniciar imediatamente as manobras de reanimação listadas a seguir:

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Imobilizar a coluna cervical caso haja suspeita de trauma;
- Verificar se existe obstrução das vias aéreas;
- Retirar corpos estranhos (inclusive próteses dentárias);
- Tracionar o queixo e a mandíbula;

- Avaliar a existência de movimentos respiratórios espontâneos; caso estejam ausentes, iniciar a ventilação, que pode ser feita: Boca a boca; Boca a nariz; Com bolsa autoinflante e máscara (ambu); Com extensão de látex ligado à fonte de oxigênio, introduzindo-se em uma das narinas e ocluindo-se a outra com a mão. A ventilação, sempre que possível, deve ser feita com altas concentrações de O₂ e com fluxo lento para evitar altas pressões nas vias aéreas superiores e consequentemente abertura do esôfago.

Após duas ventilações, verifica-se a presença de pulso carotídeo por 5 a 10 segundos. Persistindo a ausência de pulso e havendo desfibrilador disponível, proceder à desfibrilação (posicionar as pás fortemente sobre o esterno e o ápice do coração iniciando com 200 joules, caso persista a fibrilação, 300 e 360 joules sem retirar as pás). Caso contrário, se não houver desfibrilador iniciar a compressão torácica externa, colocando-se as mãos espalmadas uma sobre a outra, na metade inferior do esterno, 2 cm acima do apêndice xifóide com os braços esticados e utilizando-se o peso do corpo para obter a depressão de 4 a 5 cm do esterno, com uma frequência de 100 compressões por minuto.

Intercalar compressão e ventilação na razão de 15:2; em paciente entubado sob ventilação mecânica, regular o ventilador para 12 ventil/min e realizar 100 compressões/min de forma ininterrupta até a chegada do desfibrilador.

No momento da chegada do desfibrilador, monitorar o paciente com as pás; caso ainda persista fibrilação, proceder à desfibrilação; caso contrário, voltar às compressões torácicas, proceder à intubação orotraqueal, acesso venoso (veia calibrosa, por exemplo, a antecubital; não realizar passagem de cateter central por punção neste momento) mantido sempre com infusão contínua de SF 0,9% e iniciar drogas:

- Vasopressoras (utilizar sempre):
 - Epinefrina 1 mg a cada 3 min seguida de bolus de 20 ml de SF 0,9% para atingir a circulação central;
 - Vasopressina 40 U EV em dose única.

- Antiarrítmicas (se FV ou TV – taquicardia ventricular persistente):
 - Amiodarona 300mg diluídos em 20 ml de soro fisiológico 0,9% EV seguidos de mais 150mg EV após 5 min e infusão contínua de 1mg/min por 6 horas e 0,5mg/kg até dose máxima de 2g/24hs;
 - Lidocaína 1 mg/Kg EV em bolus, repetir a dose até 3mg/Kg no máximo (em paciente idoso não ultrapassar 1mg/kg);
 - Sulfato de magnésio (indicado se hipomagnesemia comprovada) 1 a 2g diluídos em 100ml de soro fisiológico 0,9% EV em 2 min;
 - Procainamida em infusão contínua de 30mg/min até dose total de 17/mg/kg.

- Hiperpotassemia, Acidose metabólica, Overdose de antidepressivo ou Aspiranina:
 - Bicarbonato de sódio 1mEq/Kg.

Reanimação de longa duração ou retorno à circulação espontânea após longo tempo de PCR.

Medidas Profiláticas da PCR:

Detectar precocemente e tratar as situações de risco como os distúrbios do ritmo cardíaco, hipoxemia, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos;

Respeitar os protocolos de tratamento de paciente isquêmico, mantendo-o sob monitoração contínua em unidade coronariana até estabilização do quadro.

Infarto Agudo do Miocárdio

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 007

ESTABILIZAÇÃO INICIAL

- Verificar os sinais vitais, acesso IV e ECG em, no máximo, 10 minutos
- Monitorização do ritmo cardíaco, PAMNI, Oximetria e O₂ 4l/min
- Analgesia: morfina ou meperidina

TERAPIA DE REPERFUSÃO AGUDA (até 12hs)

- Trombólise IV ou Angioplastia Transluminal Coronariana primária
- Reperusão química
 - Estreptoquinase
 - RT-PA acelerado

ANTIPLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS

- AAS 160 a 325 mg na admissão na unidade de emergência
- Heparina IV (obrigatório quando se usa o rt-PA) 70 a 100 UI/kg IV em bolus seguidos de 1.000 UI/h (vide normograma). Nos pacientes de alto risco para embolizações sistêmicas: IAM anterior extenso, FA, trombo intra-cavitário, embolização prévia.
- Anticoagulantes orais => IAM anterior associados à FA, ICC, tromboembolismo e trombo intra-cavitários
- Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 1mg/kg de 12/12hs). Não administrar em portadores de insuficiência renal ou em paciente com peso corporal total > 100kg.
- Clopidrogel em portadores de IAM sem supra ou angina estável de alto e médio risco, administrar dose de ataque de 300mg via oral, dose de manutenção 75mg/d
- Inibidor de Glicoproteína IIb/IIIa (IGPIIb/IIIa):

- Tirofiban em pacientes com IAM sem supra de ST ou angina instável de alto ou médio risco que não serão submetidos a angioplastia
- Abciximab em pacientes com IAM sem supra ou angina de alto e médio risco que serão submetidos a angioplastia

OUTRAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS (respeitar as contra-indicações)

- Beta-bloqueadores IV (metoprolol 5mg IV de 5/5 min até 17mg ou FC 50- 55 ou PAS < 90mm Hg bpm e manter dose oral (100 a 200mg VO/dia) na ausência de contra-indicações
- Nitroglicerina IV durante 24 a 48 horas ou mais, se isquemia recorrente ou congestão pulmonar
- Magnésio IV, se hipomagnesemia ou arritmias ventriculares na dose de 2g IV/5 min + 8g IV/24 horas
- Inibidores da ECA
- Evitar rotineiramente lidocaína e bloqueadores dos canais de cálcio

ANTES DA ALTA: Estratificação do risco

- Determinar a Fração de Ejeção do ventrículo esquerdo
- Teste funcional associado ou não a cardiologia nuclear ou eco-stress
- Cineangiocoronariografia (caso indicado) **MEDICAÇÃO DA ALTA**
- AAS, Beta-bloqueador, Inibidor da ECA, Estatina

MODIFICAR HÁBITOS DE VIDA E CORREÇÃO DOS FATORES DE RISCO

- Cessar o tabagismo, tratar dislipidemia, hipertensão, diabetes e iniciar a reabilitação cardíaca

MARCADORES SÉRICOS NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Mioglobina	cTnl	cTnT	CK-MB	MB_isoformas
-------------------	-------------	-------------	--------------	---------------------

Peso	17	23	33	86	86
Molecular					
1 ^a hora	1-2	2-4	2-4	3-4	204
detecção					
Pico (h)	4-8	10-24	10-24	10-24	6-12
Duração .	0,5-1	5-10	5-14	2-4	0,5-1

Contraindicações e precauções no uso da terapia trombolítica no Infarto Agudo do Miocárdio

Contraindicações absolutas

- AVC hemorrágico prévio
- Neoplasia intracraniana
- Sangramento interno ativo (exceto menstruação)
- Suspeita de dissecção aguda de aorta

Contraindicações relativas/precauções

- Hipertensão severa não controlada (PA > 180/110mmHg)
- História prévia de AVC ou patologias intracerebrais exceto as mencionadas nas contra-indicações absolutas
- Uso atual de anticoagulantes em doses terapêuticas (INR > ou = 2-3); diátese hemorrágica conhecida
- Trauma recente (2 a 4 semanas), incluindo TCE ou ressuscitação cardiopulmonar prolongada (> 10 min ou grande cirurgia < 3 semanas)
- Punção vascular não compressiva
- Sangramento interno com 2-4 semanas
- Exposição prévia a estreptoquinase ou anistreplase (5 dias a 2 anos) ou reação alérgica prévia
- Gravidez
- Úlcera péptica ativa
- História de hipertensão arterial severa

Insuficiência Cardíaca

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 008

Epidemiologia

A insuficiência cardíaca (IC) pode ocorrer como consequência de qualquer doença que afete o coração, tendo uma prevalência bastante elevada na população. Encontra-se em progressão, devido ao envelhecimento da população e a um aumento da sobrevivência dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a doença arterial coronariana (DAC). No Brasil, no ano de 2007 as doenças cardiovasculares (DCV) representaram a principal causa de mortalidade no país e a terceira causa de internação, sendo a IC a principal condição cardíaca que leva à internação, sendo responsável por 2,6% das internações do país nesse ano e por 6% dos óbitos. Mais de 2/3 das internações por IC ocorrem em pacientes acima de 60 anos.

Definição

A IC é uma síndrome clínica definida pela disfunção cardíaca que causa suprimento sanguíneo inadequado para as demandas metabólicas dos tecidos. Cerca de 60% dos casos de IC ocorrem por um déficit na contratilidade ventricular (disfunção sistólica) sendo a disfunção diastólica responsável pelos 40% restantes. A disfunção diastólica é definida como a IC em que o paciente apresenta função sistólica normal, ou seja, fração de ejeção ao ecocardiograma superior a 45%.

Diagnóstico

Os sinais e sintomas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de IC. Os mais específicos são a presença de

B3 e a pressão venosa elevada, sendo, porém, pouco sensíveis. Por isso a organização dos sinais e sintomas através de critérios maiores e menores (Framingham) melhora a acurácia do diagnóstico clínico.

Critérios de Framingham para IC

<i>Crítérios maiores</i>	<i>Crítérios menores</i>
Dispnéia paroxística noturna	Edema de membros
Distensão de veias do pescoço (turgência jugular)	Tosse noturna
Estertores pulmonares	Dispnéia de esforço
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Galope de terceira bulha (B ₃)	Capacidade vital reduzida a 1/3 do normal
Pressão venosa aumentada (>16 mmHg)	Taquicardia (>120 bpm)
Refluxo hepatojugular	

Para o diagnóstico de IC: no mínimo 1 critério maior e 2 critérios menores.

Classificação:

Uma vez feito o diagnóstico de IC, devemos avaliar a classe funcional do paciente, baseada tradicionalmente nos sintomas segundo a Classificação da New York Heart Association- NYHA, que, apesar do grau de subjetividade, tem boa correlação com prognóstico e qualidade de vida.

Classificação da New York Heart Association- NYHA

Classe I - Ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada para indivíduos normais

Classe II - Sintomas desencadeados por atividades cotidianas

Classe III - Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços

Classe IV - Sintomas em repouso

Acompanhamento:

Os principais objetivos diante de um paciente com IC são:

- Identificar etiologia;
- Identificar possíveis fatores precipitantes;
- Definir se disfunção sistólica ou diastólica predominante;
- Identificar pacientes que possam se beneficiar de terapêuticas específicas (ex: cirurgia, marcapasso).

Dados de história, exame físico, eletrocardiograma e exames laboratoriais ajudam a definir o diagnóstico etiológico de IC:

Situação	Etiologia provável
Angina de peito, infarto prévio, fatores de risco para aterosclerose	Cardiopatia isquêmica
Área inativa (fibrose) em ECG ou disfunção segmentar (hipocinesia ou acinesia segmentar em ecocardiograma)	Cardiopatia isquêmica
Proveniente de área endêmica para doença de Chagas, familiares com doença de Chagas ou ECG com padrão de bloqueio de ramo direito + hemibloqueio anterior esquerdo	Cardiopatia chagásica
Hipertrofia ventricular em ECG ou ecocardiograma com função sistólica preservada	Cardiopatia hipertensiva
Ingesta excessiva de álcool	Cardiopatia alcoólica
IC iniciada periparto (1 mês antes ou 5 meses após)	Cardiopatia periparto

Os principais fatores precipitantes de descompensação em um paciente com IC e que devem ser procurados são: infecção, interrupção do(s) medicamentos, ingesta hídrica ou salina excessiva, isquemia miocárdica, embolia pulmonar, insuficiência renal, anemia, crise hipertensiva, arritmias, abuso de álcool, drogas (antiinflamatórios, bloqueadores de canal de cálcio).

Sugestão de periodicidade de consultas e nível de atenção

<i>Classe funcional (CF) I e II</i>	trimestral na Estratégia de Saúde da Família
<i>Classe funcional (CF) III e IV</i>	a critério da Equipe de Saúde, em acompanhamento com especialista

Rotina mínima de exames:

Exames	Observações
Hemograma Completo Sódio Potássio Creatinina Glicemia	<p>Deverão ser realizados na avaliação inicial e de acordo com a indicação médica e na dependência da condição clínica do paciente.</p>
Eletrocardiograma	<ul style="list-style-type: none"> - Na avaliação inicial e conforme critério clínico. - Um ECG normal torna o diagnóstico de IC improvável e exclui em cerca de 90% a presença de disfunção sistólica - Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e zona inativa anterior são indicativos de disfunção sistólica. - Achados comuns no ECG de pacientes com IC: fibrilação atrial, sobrecarga de Átrio Esquerdo (AE) e/ou de Ventrículo Esquerdo (VE). - Bloqueio de ramo direito (BRD) associado com hemibloqueio anterior esquerdo (HBAE) sugere cardiopatia chagásica se paciente com história epidemiológica positiva.
RX de tórax	<ul style="list-style-type: none"> - Na avaliação inicial e conforme critério clínico. - A IC pode ocorrer sem cardiomegalia, principalmente naqueles com IC aguda ou naqueles com IC com função sistólica normal. - São marcadores úteis de disfunção ventricular: cardiomegalia, sinais de congestão pulmonar (redistribuição vascular para ápices, edema intersticial e/ou alveolar, derrame pleural).. - Pode identificar presença de doença pulmonar, que pode ser responsável pelos sintomas,
Ecodopplercardiograma	<ul style="list-style-type: none"> - Deve ser realizado em todo paciente com suspeita de IC sendo útil tanto na confirmação diagnóstica quanto na definição da etiologia. A presença de fração de ejeção superior a 45% em pacientes com IC define a IC diastólica.

Outros exames podem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica do médico, como por exemplo: provas de função hepática, TSH, sorologia para Doença de Chagas.

O auxílio do especialista pode também ser importante naqueles pacientes em que a etiologia seja de difícil definição e nos quais pode justificar-se a realização de exames menos habituais como cateterismo, ressonância magnética, ecocardiograma de estresse, cintilografia miocárdica, estudo eletrofisiológico.

Princípios gerais do tratamento

- Abordagem da IC

A prevenção e o tratamento da IC baseada nos estágios A-D é bastante útil:

Estágios	Condição	Conduta
A	Paciente de alto risco de desenvolver IC, ainda sem lesão estrutural	Não é indicado rastreamento por ecocardiograma
B	Pacientes com doença estrutural porém sem sintomas	Se identificado através de ecocardiograma (ex: coronariopata) deve ser encaminhado de acordo com a linha de cuidado específica
C	Pacientes com doença estrutural e IC sintomática	Tratamento segundo a Linha de cuidado de Insuficiência Cardíaca
D	Pacientes refratários ao tratamento convencional	

Abordagem não farmacológica:

Além das recomendações sobre Mudanças de Estilo de Vida já descritas, as atividades físicas para os pacientes com IC devem ser realizadas, inicialmente, com supervisão.

- Restrição hídrica – 1.000 a 1.500 ml nos pacientes com risco de hipervolemia.
- Prevenção de fatores agravantes:

- Vacinação: A IC é condição de alto risco para infecções do trato respiratório podendo levar à descompensação. Sendo assim, preventivamente, os pacientes com IC devem receber vacina contra Influenza (anualmente) e Pneumococcus (a cada 5 anos; se IC grave, a cada 3 anos);
- Evitar antiinflamatórios não esteróides (AINH): Os AINH clássicos (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno) causam retenção hídrica e elevação da PA. Os inibidores da Cox-2, além desses efeitos, são pró-trombóticos. Se uso for imprescindível, necessidade de maior vigilância com peso, edema e função renal.
- Supressão do álcool nos pacientes com cardiopatia alcoólica;
- Orientação para viagens: Indicar meia elástica de média compressão se viagem aérea maior que 4 horas de duração;
- Outros cuidados:
- Orientar intervenções comportamentais, com técnicas envolvendo meditação e relaxamento, programas de exercício físico têm sido recomendados para melhora clínica em pacientes estáveis após realização de teste de esforço;
- Recomenda-se que durante o exercício seja mantida 60 a 85% da frequência máxima alcançada no teste de esforço, sob supervisão;
- Orientação sexual para pacientes com IC estável. Fármacos inibidores da fosfodiesterase (sildenafil) podem ser indicados em pacientes otimizados farmacologicamente e com disfunção erétil, sendo contraindicação absoluta o uso de nitrato.

Tratamento Farmacológico

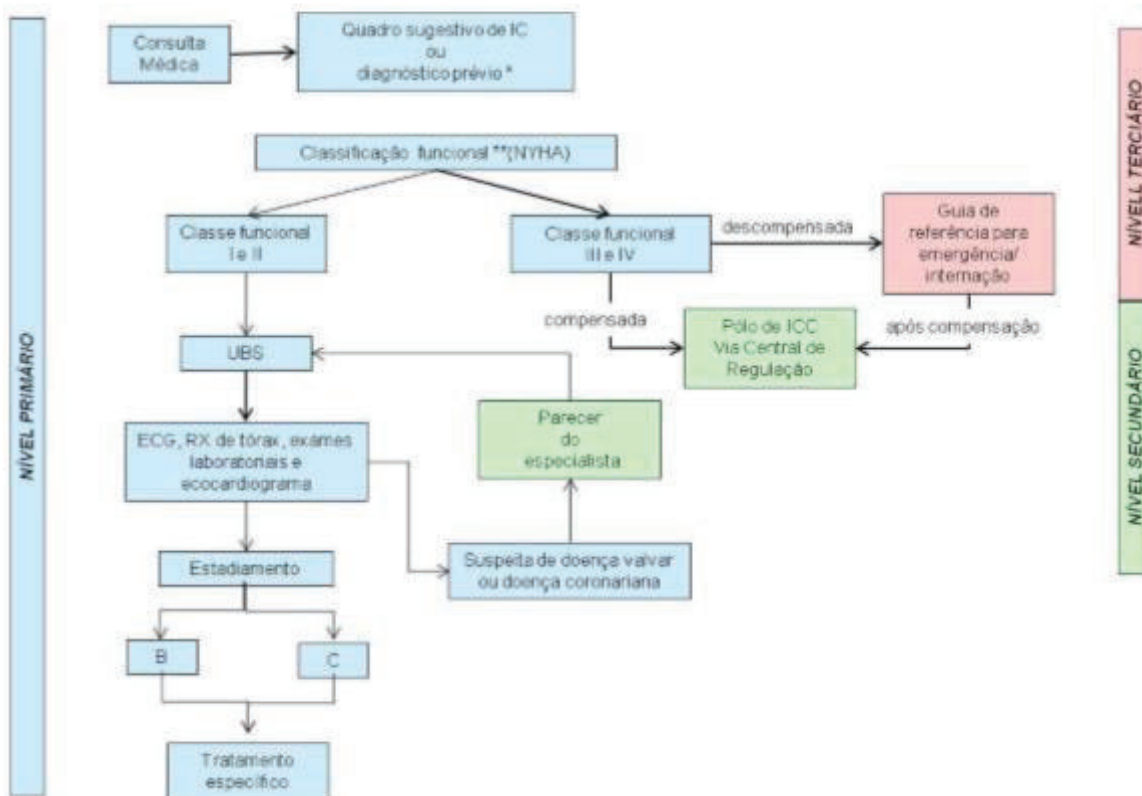
Principais opções terapêuticas no tratamento da IC:

Fármacos	Propriedades	Indicação
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA)	Melhora sobrevida na IC	deve ser iniciado em todos os pacientes com disfunção sistólica sintomática ou assintomática, exceto se contra-indicações
Beta-bloqueadores (Carvedilol)	Melhora sobrevida na IC	IC classe funcional II-IV da NYHA com disfunção sistólica (+IECA) Paciente assintomático (estágio B) com disfunção sistólica após IAM (+IECA)
Diuréticos (tiazídicos e diuréticos de alça)	Não melhora sobrevida na IC, usados para diminuir sintomas congestivos	pacientes sintomáticos com sinais e sintomas de congestão
Diuréticos (espironolactona)	Não melhora sobrevida IC	pacientes sintomáticos com disfunção sistólica, classe funcional III-IV, associado ao tratamento padrão
Digoxina	Não melhora sobrevida IC mas melhora sintomas e ajuda controlar frequência ventricular na fibrilação atrial	IC com disfunção sistólica em ritmo sinusal ou fibrilação atrial (FA), sintomáticos com terapêutica otimizada; IC com disfunção sistólica e FA, assintomáticos, para controle da frequência
Nitratos + hidralazina	Usados para melhora de sintomas, principalmente naqueles com contra-indicação a IECA	
Antagonistas de receptor da angiotensina II (Losartana)	Usado caso verdadeira intolerância aos IECA	Pacientes que apresentarem tosse seca após utilização de captopril ou enalapril, sem que haja outra causa definida.
Warfarim	Não melhora sobrevida IC, não usado rotineiramente	Usado para anticoagulação se fibrilação atrial, trombo em VE ou embolia prévia
Amiodarona	Não melhora sobrevida IC, não usado rotineiramente	avaliar uso no controle de arritmias

Medicamentos utilizados no tratamento da IC

Fármaco	Posologia (mg) (min-máx)	Nº tomadas	Efeitos colaterais	Contra-indicações
Captopril	8,25 - 150	3	tosse, hipotensão arterial (suspender apenas se associada a sintomas ou piora de função renal), angioedema	potássio > 5,5 mEq/l, estenose bilateral de artérias renais, alergia prévia, hipotensão arterial sintomática, estenose aórtica grave
Enalapril	2,5 - 20	2	Cuidado se Creatinina >3,0 mg/dl	
Losartana	25 - 100	1	Tontura, reação de hipersensibilidade cutânea (raro) e efeitos teratogênicos	
Carvedilol*	3,125 - 25	2	Hipotensão arterial sintomática; bradicardia importante; bloqueio atrioventricular (BAV)	FC < 50 bpm Intervalo PR em ECG > 0,28s; BAV 2º. ou 3º. graus
Atenolol**	25 - 200	2		
Espironolactona	12,5 - 50	1	hiperpotassemia, ginecomastia dolorosa ou não Monitorar semanalmente níveis de potássio no 1º mês de tratamento	não recomendado se Creatinina > 2,5 mg/dl ou potássio > 5
Hidroclorotiazida	25 - 50	1	hipocalemia, hipomagnesemia hiponatremia, hiperglicemia, hiperuricemia/gota, hipovolemia	não fazer em pacientes com disfunção sistólica assintomáticos ou pacientes hipovolêmicos
Furosemida	40 -240	1 - 3		
Digoxina**	0,125 ou 0,25	1	Sinais de intoxicação digitálica: gastrointestinal (anorexia, náuseas e vômitos), neurológicos (confusão mental, xantopsia), cardiovascular (BAVs, ESV polimórficas frequentes) Aumentam nível sérico de digoxina: amiodarona, quinolonas, diltiazem, verapamil, quinidina)	- não indicado se FE > 45% e ritmo sinusal; - BAV 2º grau ou BAV 3º. doença do nodo sinusal sem proteção de marcapasso e síndrome de pré-excitação

Linha de Cuidado da Insuficiência Cardíaca



Situações especiais

- IC com fração de ejeção preservada (> 45-50%)
É definida quando presença de sinais e/ou sintomas de IC congestiva + função sistólica normal (definida pelo ecocardiograma com fração de ejeção acima de 45-50% e evidências objetivas de disfunção diastólica pelo ecocardiograma). Ocorre mais frequentemente em mulheres, idosos, diabetes, pacientes com hipertrofia ventricular esquerda e obesidade. O tratamento baseia-se principalmente no tratamento da condição associada, não há indicação para a utilização de digital.
- IC na criança e adolescente

A IC na criança pode decorrer de um número grande de condições, incluindo cardiopatias congênitas, variando de acordo com a idade de apresentação. Após a identificação de sinais e/ou sintomas que sugiram IC (classificação de Ross abaixo) e da realização dos exames iniciais (RX tórax, ecocardiograma, eletrocardiograma e exames laboratoriais: hemograma, eletrólitos, provas de função hepática, função renal, atividade reumática) a criança deve ser encaminhada a um nível secundário de atendimento.

Classificação de Ross

Classe	Interpretação
I	Assintomático.
II	Taquipnéia leve ou sudorese com as mamadas em lactentes. Dispnéia aos esforços em crianças maiores.
III	Taquipnéia importante ou sudorese às mamadas em lactentes. Tempo de mamada prolongado com retardo de crescimento por IC. Em crianças maiores, dispnéia importante aos esforços.
IV	Sintomas tipo taquipnéia, retração intercostal, grunhido e sudorese em repouso.

- IC na gestante

A paciente gestante com IC deve ser encaminhada para uma avaliação com especialista. No tratamento da IC da gestante estão contra-indicados os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), os bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) e a espironolactona.

Prognóstico:

Uma vez instalada, a disfunção ventricular sistólica usualmente progride. A mortalidade dos pacientes com IC ocorre basicamente de forma súbita ou por progressiva falência de bomba. No estudo de Framingham, apenas 25% dos homens e 38% das mulheres sobreviveram 5 anos após o diagnóstico de IC. Essa mortalidade foi 4 a 8 vezes maior que a da população geral da mesma idade.

Politrauma

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 009

TRAUMA

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

TRAUMA MAIOR

Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:

1. Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.
2. Anatomia da lesão:
 - Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho;
 - Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus;
 - Suspeita clínica de instabilidade da pelve;
 - Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero);
 - Paralisia de um ou mais membros;
 - Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.
3. Impacto violento:
 - Ejeção do veículo;
 - Velocidade do veículo superior a 60 km/h;
 - Deformação externa superior a 50 cm;
 - Intrusão da lataria superior a 30 cm;
 - Capotamento do veículo;

- Morte de um ocupante do mesmo veículo;
 - Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h;
 - Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com projeção à distância ou amputação traumática;
 - Queda de motocicleta em velocidade superior a 40 km/h; Queda de motocicleta com projeção à distância, ou impacto secundário, ou amputação traumática;
 - Queda de altura superior a 6 m;
 - Remoção de ferragens com tempo superior a 20 min.
4. Condições clínicas de risco aumentado:
- Idade < 12 anos ou > 70 anos;
 - Gravidez confirmada ou presumida;
 - Doenças crônicas graves;
 - Terapia com anticoagulante (CHIARA, 2009).

TRAUMA MENOR

Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios:

- Dados vitais normais
- Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada
- Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível
- Trauma torácico com dor leve sem dispnéia
- Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias
- Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.

TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO PENETRANTE

Cursa com solução de descontinuidade da pele e ultrapassa a camada do peritônio.

TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO NÃO PENETRANTE

Cursa com solução de descontinuidade da pele e não ultrapassa o peritônio.

TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO

Não ocorre solução de descontinuidade e as lesões ocorrem por mecanismo indireto, podendo cursar com compressão e esmagamento/cisalhamento de vísceras abdominais; hemorragia; ruptura de órgãos e vasos abdominais além de lesões por desaceleração.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ABERTO

Presença de uma solução de continuidade com a dura-máter.

ETIOLOGIA

- Acidentes automobilísticos: atropelamentos e colisões
 - Quedas
 - Acidente de recreação (jogos de contato, mergulho)
 - Agressões interpessoais
 - Ferimento por projétil de arma de fogo
 - Ferimento por arma branca
 - Lesão por corrente elétrica

INCIDÊNCIA

Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 127.633 óbitos por traumas no Brasil em 2005, representando 12,67% do total de óbitos. Trauma foi a principal causa de morte entre um e 39 anos de idade; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos. Em dezembro de 2007, houve 76.583 internações por traumas no País. Somam-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes (BRASIL, 2008).

O trauma representa, atualmente, a terceira causa de morte mundial (PAVELQUEIRES, 1997). Segundo estatísticas, em um dia médio, 170.000 homens, mulheres e crianças sofrem traumatismos, e aproximadamente 400 morrem com resultado de suas lesões.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE

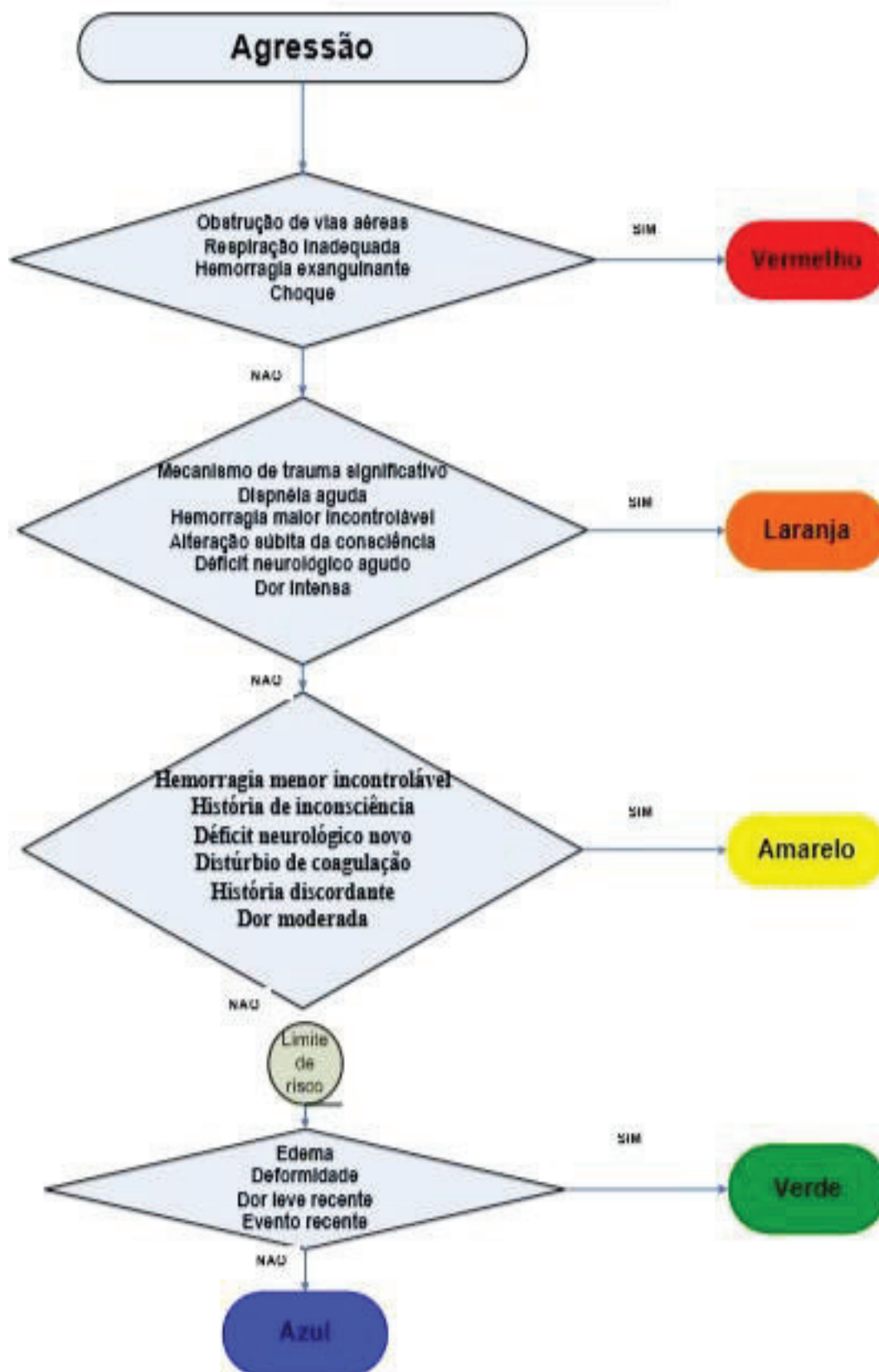
A classificação de risco tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A escala de classificação, segundo o Protocolo de Manchester, é a seguinte:

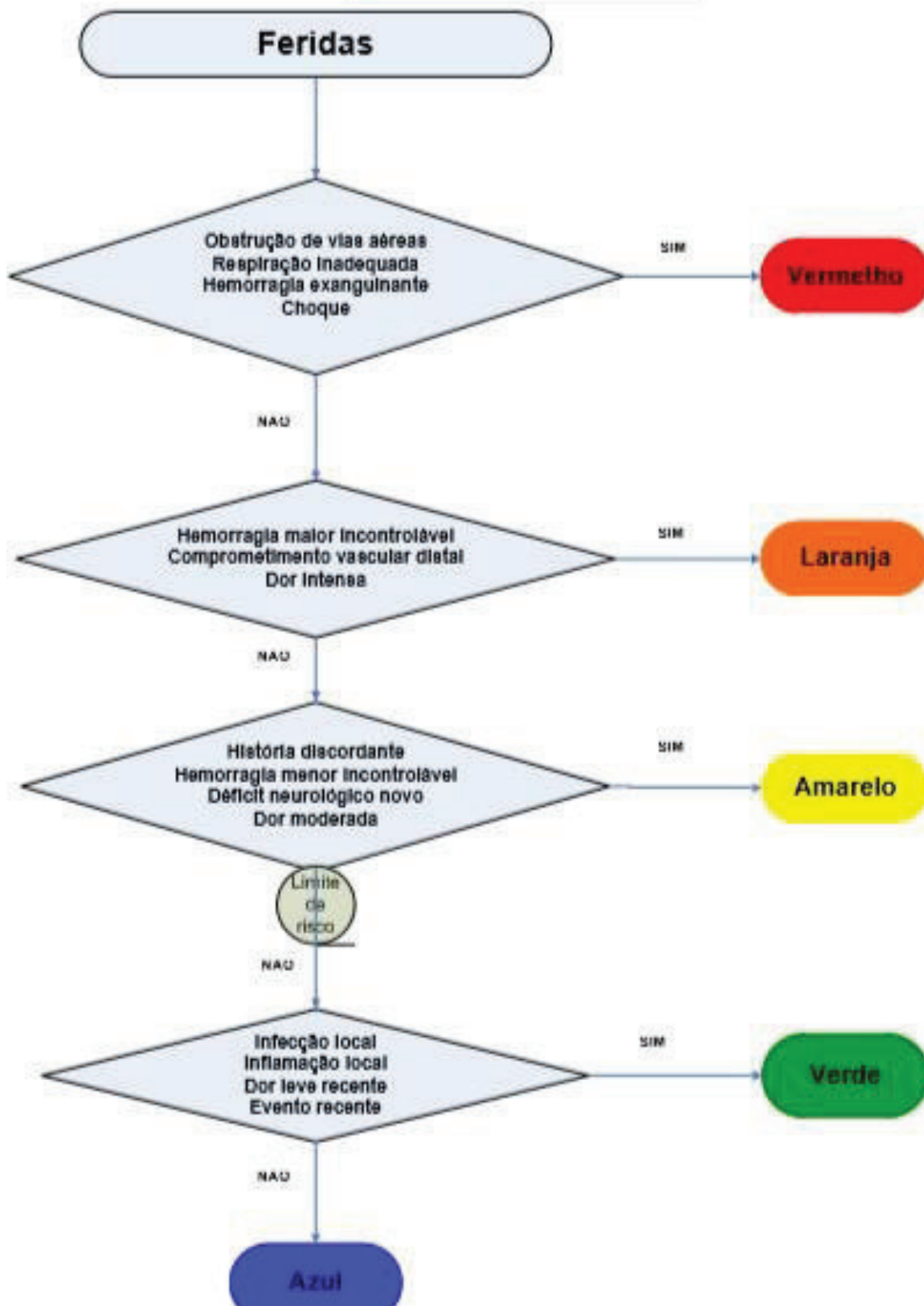
NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergência	Vermelha	0 min.
2	Muito urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarelo	1h
4	Pouco urgente	Verde	2 h
5	Não urgente	Azul	4 h

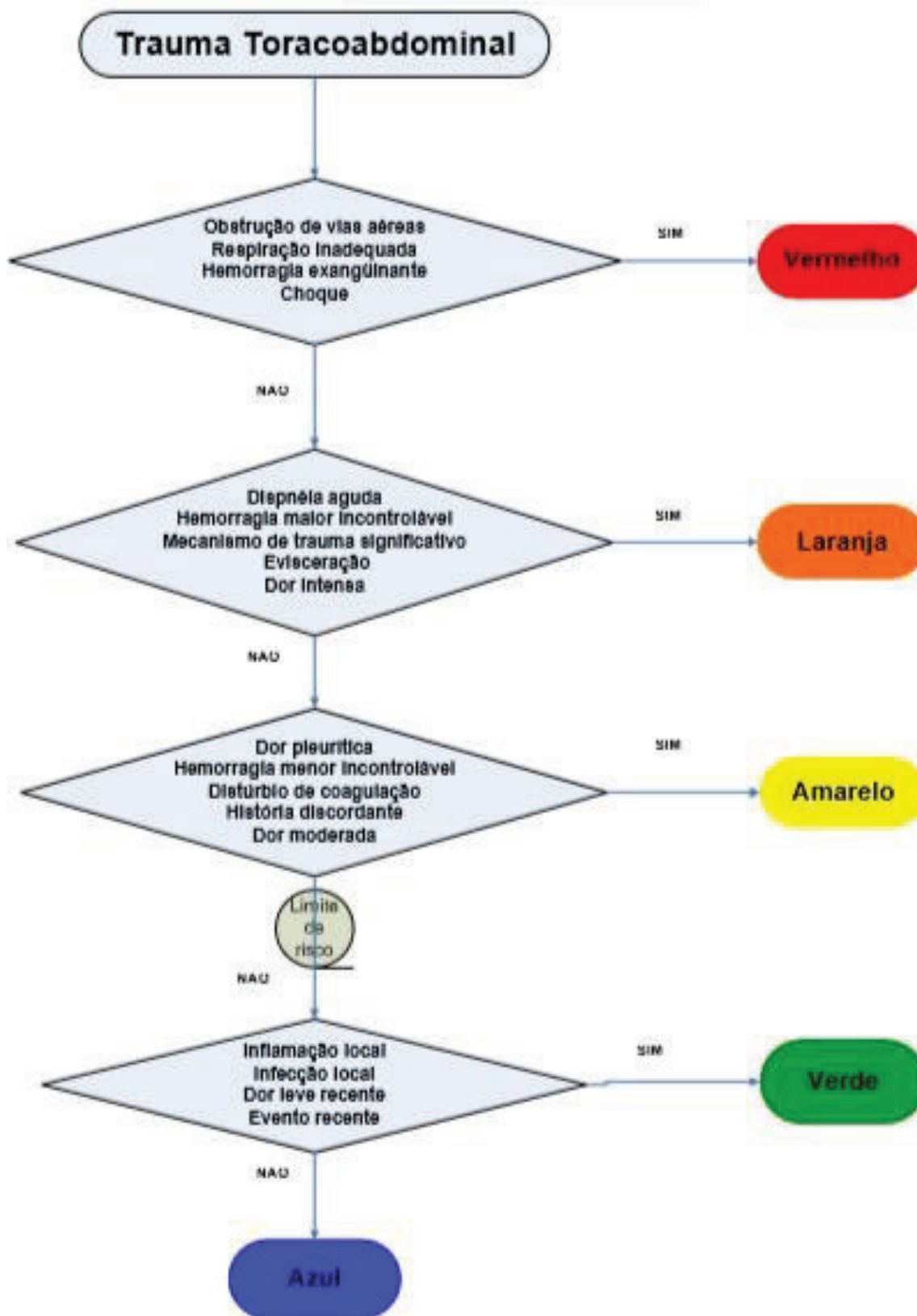
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE – FLUXOGRAMA

Discriminadores	Explicação
Alteração súbita da consciência	Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.
Comorbidade importante	Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação contínua ou outros cuidados.
Comprometimento vascular distal	Haverá associação de palidez, diminuição da temperatura, alteração de sensibilidade e dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h.
Deformidade	Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais.
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou súbita piora de falta de ar crônica
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Edema	Inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente esteve inconsciente e por quanto tempo. Caso contrário, se paciente que não se lembra do incidente deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou arma de fogo) e trauma com alta transferência de energia como quedas de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 65 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

A seguir os fluxogramas:







DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. Reanimação frente a parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma seqüência lógica de condições de risco à vida, conhecida como “ABCDE” (CHIARA, 2009).

A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos.

Tratamento simultâneo de lesões potencialmente fatais pode ser feito.

Avaliação Primária no Politrauma: o ABCDE		
A	<i>Airway</i>	Via aérea
B	<i>Breathing</i>	Respiração
C	<i>Circulation</i>	Circulação
D	<i>Disability</i>	Disfunção neurológica
E	<i>Exposition</i>	Exposição

VIAS AÉREAS E COLUNA CERVICAL

Inicialmente, é avaliada a permeabilidade das vias aéreas superiores:

- Capacidade do paciente falar,

- Inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea

- Queda de língua
- Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral
- Trauma bucomaxilofacial
- Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral
- A respiração tipo gasping, estridor laríngeo

Em obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação:

- Aspiração
- Anteriorização do mento
- Posicionamento da cânula orofaríngea
- Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório
- Intubação traqueal se necessário

Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contraindicada.

Traqueostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila.

Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular ser descartada.

VENTILAÇÃO

Avaliação da ventilação se faz através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Os diagnósticos a serem buscados são:

- Pneumotórax hipertensivo
- Pneumotórax aberto
- Tórax instável

- Hemotórax maciço

CIRCULAÇÃO

No manuseio do traumatizado o choque deve ser sempre considerado (e tratado), a princípio, como hemorrágico. Como sequência para exame deve-se:

- Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão;
- Puncionar dois acessos periféricos calibrosos (14-16 G) e, na impossibilidade destes, obter acesso central;
- Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens);
- Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000ml). Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristalóide isotônico.

A hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV.

Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicos classificando em adequada, transitória, ausente.

ATENÇÃO! Avaliar possibilidade de:

- Choque cardiogênico;
- Choque obstrutivo causado por
 - Pneumotórax hipertensivo,
 - Tamponamento cardíaco;
- Choque neurogênico:
 - Deverá ser tratado com infusão de volumes e drogas vasoativas.

EXAME NEUROLÓGICO

O exame neurológico durante a avaliação primária é realizado:

- Classificando o paciente de acordo a Escala de Coma de Glasgow (ECG),
- Examinando a pupila (diâmetro e reatividade à luz),
- Motricidade dos membros.

Escala de Coma de Glasgow		
	Variáveis	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhum	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece ao comando	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

A pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. Devem-se conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de se expressar e locomover.

Classificação do Traumatismo Cranioencefálico	
TCE leve	ECG = 15 - 14
TCE moderado	ECG = 13 - 9
TCE grave	ECG < 9

A ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos (janela farmacológica de tempo suficiente para a eliminação do fármaco) e uma vez excluído o efeito de álcool ou drogas (GABBE, CAMERON, FINCH, 2003).

EXPOSIÇÃO

Remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação.

Posteriormente faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

EXAMES A NÍVEL PRIMÁRIO

Esses exames são efetuados após a avaliação primária e antes da avaliação secundária, para identificar condições que rapidamente podem piorar e que requerem tratamento imediato, ou lesões que requerem aprofundamento diagnóstico de segundo nível.

Exames de Nível Primário

Radiografia de tórax e pelve

E-FAST (*Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma*)

Exames laboratoriais

Hemograma

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Realiza-se a anamnese com o paciente (se cooperativo), com parentes e com pessoal do atendimento pré-hospitalar, seguindo o acrônimo AMPLE: (A, allergies) - alergias; (M, medications) - medicamentos usados; (P, past illness) - passado mórbido; (L, last meal) - última refeição; (E, events) - eventos precedentes ao trauma e relacionados ao ambiente.

O exame físico deve ser conduzido de modo sistemático, em sequência céfalo-caudal, completo, atentando-se para a região anatômica acometida.

EXAMES A NÍVEL SECUNDÁRIO

São realizados após os exames de nível primário e ao término de estabilização do paciente:

Exames de Nível Secundário

Radiografia da coluna vertebral

Radiografia do restante do esqueleto e dos membros

Tomografia Computadorizada (TC)

Angiografia

Ressonância Nuclear Magnética (RNM) em casos específicos

CLASSIFICAÇÃO DO TRAUMA

Após a realização do exame secundário, o paciente será classificado de acordo com a região anatômica acometida para que o tratamento se torne seguro. Após esta classificação o tratamento deve iniciar de imediato.

Trauma Cranioencefálico (TCE)

Definido como trauma com transferência de energia mecânica ou cinética no crânio com alteração mesmo que mínima ou transitória do estado neurológico.

TCE Leve:

Classificar quanto à presença de fatores de risco e realizar TC de crânio se presentes.

Fatores de Risco no Trauma Cranioencefálico

- Idade > 65 anos
- Coagulopatia ou terapia com anticoagulantes orais
- Passado mórbido neurológico ou neurocirúrgico
- Episódio de vômito ou crise convulsiva após o trauma
- Sinais neurológicos
- Sinais de fratura da base do crânio
- Mecanismo de alta energia ou fratura craniana
- Amnésia retrógrada superior a 30 minutos
- Baixo nível social ou intoxicação por álcool ou droga ilícita

TCE Moderado e Grave:

- Realizar TC de crânio nos pacientes estáveis ou estabilizados.
- Repetir TC se:
 - a. TC inicial for negativa – em 24h;
 - b. TC inicial positiva para lesão em evolução (hematoma de alta a média densidade) – em 6h;
 - c. O paciente apresentar hipotensão, ou fratura craniana, ou alteração de coagulação – em 12h;

- d. Casos de deterioração (perda de dois pontos na ECG ou um ponto na resposta motora, piora neurológica ou anisocoria) - sempre.

Monitorar Pressão Intracraniana e a taxa de extração de O₂ nos casos de TC alterada.

Trauma Maxilofacial (TMF)

Na suspeita de TMF, o exame complementar de escolha é a TC sem contraste. A radiografia padrão é reservada, quando possível (paciente acordado e cooperativo), para o diagnóstico das lesões isoladas dentoalveolar.

Trauma Oftalmológico

O paciente com trauma ocular será examinado pelo oftalmologista, inicialmente, com uma lanterna clínica em seu leito para observar lesão de continuidade no globo ou órbita e do reflexo pupilar. Após o exame ectoscópico, o paciente deverá ser conduzido, se possível, ao consultório oftalmológico para medida da acuidade visual com orifício estenopeico e o exame biomicroscópico na lâmpada de fenda, que classificará o trauma quanto ao tipo, localização, extensão e a presença/suspeita de corpo estranho intraocular, além de aferir a pressão intraocular para decidir se parte para a terapêutica ou se lança mão de exames complementares. Trauma Raquimedular

Os exames complementares realizados no TRM são:

- Radiografia da coluna cervical, torácica e lombossacra, conforme nível suspeito de lesão;
- TC, se paciente estável, radiografia alterada e/ou na presença de déficit sensitivo/motor;
- RNM, para potencial lesão medular ou instabilidade evidenciada na radiografia ou na TC.

Trauma Torácico

O exame complementar fundamental é a radiografia de tórax que é integrada às informações obtidas no E FAST. Para de lesões visíveis na radiografia ou no ultra-som é oportuno fazer a TC.

Trauma Abdominal

O trauma abdominal deve ser classificado em um dos tipos:

- Aberto:
 - Penetrante: por arma branca ou por arma de fogo
 - Não-penetrante.
- Fechado

A condição hemodinâmica do paciente deve ser considerada e o caso ainda deve ser classificado em:

- Estável
- Instável

Para diagnóstico do trauma abdominal, podem ser realizados os seguintes exames complementares:

1. E-FAST
2. Ultrassonografia convencional
3. TC
4. LPD Trauma de Pelve

Segundo Chiara (2009), são duas as classificações de fratura de pelve atualmente utilizadas:

1. Classificação de Tile, usada por ortopedistas para definir necessidade de estabilização definitiva;
2. Classificação de Young e Burgess, baseada nos vetores de força aplicados à pelve, utilizada nos serviços de urgência para estabelecer a seqüência de prioridades diagnósticas e terapêuticas.

Tipos de fraturas de pelve:

- Fraturas por compressão ântero-posterior (CAP ou Tile B1) freqüentes em acidentes com veículo automotor e por impacto anterior;
- Lesões com mecanismo de compressão lateral (CL ou Tile B2) por atropelamentos ou acidentes por veículo automotor com impacto lateral.
- As fraturas com vetor vertical ou vertical shear (VS ou Tile C), comuns em quedas de grandes alturas ou por acidente com veículo automotor, nos quais a vítima se encontra com os membros inferiores em extensão no momento do impacto.

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE	
1.	ECG < 14 ou deterioração neurológica.
2.	PAS < 90 (pelo menos uma medida no pré-hospitalar) e/ou outros sinais de má perfusão tecidual.
3.	FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.
4.	Ferimento penetrante de crânio, cervical, torácico, abdome, extremidades próximas ao cotovelo e joelho.
5.	Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus.
6.	Suspeita clínica de instabilidade da pelve.
7.	Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos próximos (fêmur ou úmero).
8.	Paralisia de um ou mais membros.
9.	Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.
10.	Sinais de impacto violento.
11.	Crianças, gestantes, idosos e pacientes com doença crônica grave ou uso de anticoagulantes.

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
1.	Traumatismo cranioencefálico leve com fatores de risco e moderado e grave
2.	Traumatismo contuso e penetrante
1.	Paciente hemodinamicamente instável.
2.	Pacientes com indicação cirúrgica de urgência.
3.	Paciente que será submetido à cirurgia ocular sob anestesia geral.
4.	Presença de processo infeccioso no globo ocular ou órbita que necessite de antibioticoterapia endovenosa.

TRATAMENTO / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

- TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO E FACIAL
- TCE Leve O paciente com trauma craniano leve, após a avaliação primária, é encaminhado para a observação sem a realização de exame complementar neurológico, na sala de emergência, na ausência de algum dos fatores de risco (McMAHON, YATES, CAMPBELL, 1999). A observação da vítima que não apresenta fator de risco pode ser de menor duração (3-6 horas).

Fatores de Risco no Trauma Cranioencefálico
--

Idade > 65 anos

Coagulopatia ou uso de anticoagulante oral

Passado mórbido neurológico ou neurocirúrgico
--

Vômito ou convulsão após o trauma
--

Sinais neurológicos focais

Mecanismo de alta energia ou fratura craniana
--

Amnésia retrógrada > 30 min

Baixo nível social ou intoxicação por álcool ou outras drogas
--

O traumatismo craniano com ECG 15 ou 14, associado a fatores de risco, déficit neurológico focal, trauma aberto ou crise comicial pós-traumática é conduzido como TCE moderado.

- TRAUMA MAXILOFACIAL (TMF)

Protocolo para Atendimento Intra-Hospitalar do Trauma Grave

As indicações de tratamento cirúrgico no TMF ocorrem quando há fraturas que apresentem desvios ou instabilidade. Tem como princípios:

- Redução dos segmentos ósseos na sua posição anatômica;
- Produção da relação oclusal original;
- Estabelecimento de técnica de fixação que mantenha em posição o segmento ósseo fraturado e à oclusão até que a consolidação ocorra;
- Controle da infecção com antibioticoterapia precoce e anti-sépticos orais, até cicatrização das soluções de continuidade da mucosa oral.

O tempo para correção da fratura pode ser variável dependendo das condições gerais do paciente, existência de outros procedimentos mais urgentes ou edema importante no foco de fratura, em média de 7 a 10 dias após o trauma.

No TMF, em que há epistaxe, hemorragia da cavidade oral ou das partes moles, o tratamento consiste no tamponamento e, eventualmente e quando possível, a angiografia (BAILEY, 2001).

O tamponamento nasal deve ser cuidadoso nos casos de epistaxe de origem traumática devido ao risco das fraturas de base de crânio estarem associadas.

Em caso de urgência hemorrágica após trauma fechado de mandíbula, a redução e estabilização imediata temporárias da fratura com a aplicação de fio de aço em torno do colo de dois dentes dispostos ao lado da linha de fratura, controla a maioria dos sangramentos.

○ FERIDA POR ARMA DE FOGO

A avaliação inicial deve abordar as estruturas ósseas e das partes moles. A proteção das vias aéreas é indispensável, sobretudo na presença de envolvimento do terço médio da face. Nestes casos nem sempre é fácil a intubação orotraqueal e deve ser, portanto, prevista a necessidade de uma traqueostomia ou cricotireoidostomia de urgência. O controle da hemorragia deve ser efetuado por compressão, eventualmente packing, e o melhor exame a ser feito é a TC da face sem e com contraste. Após deve-se evoluir para uma avaliação oftalmológica. O planejamento das intervenções reconstrutivas deve ser efetuado após a aquisição de informações inerentes à extensão e a entidade do dano ósseo. A TC da face com cortes axial, coronal e reconstrução tridimensional (3D) permite a avaliação da lesão óssea e o planejamento terapêutico preciso. A estabilização por fixação interna é o primeiro passo para restaurar a estrutura óssea da face, recorrendo, eventualmente, ao enxerto ósseo, para recompor a perda de substância. Uma vez remodelada a estrutura óssea é realizada a reconstrução das partes moles (CHIARA, 2009).

Nos casos de trauma penetrante isolado cervical, a coluna cervical é considerada estável e, portanto, não é indicado o posicionamento de colar cervical que, paradoxalmente, pode resultar num dano adicional. O algoritmo para a decisão é influenciado por três elementos representados por estabilidade hemodinâmica, presença de sinais fortemente sugestivos de comprometimento vascular ou aéreo-digestivo, sede anatômica da lesão. A avaliação primária é efetuada

segundo o esquema ABCDE necessitando de uma proteção precoce das vias aéreas, com intubação orotraqueal ou, nos casos de impossibilidade, com cricotireoidostomia. Devem ser identificados sinais de inadequação da ventilação, O controle da hemorragia deve ser realizado por compressão direta da sede de sangramento, evitando o uso de instrumental cirúrgico. A avaliação secundária se completa com a pesquisa de outros potenciais trajetos, em outras regiões do corpo. É oportuno, antes de realizar os exames radiológicos, evidenciar os trajetos cutâneos das feridas com marcadores radiopacos (eletrodos de ECG) que podem ajudar na identificação do trajeto realizado pelo projétil (CHIARA, 2009).

- **TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM)**

Todos os pacientes com trauma grave devem ser considerados, desde a cena até o hospital, como potencial portador de TRM até a completa avaliação diagnóstica clínico-radiológica.

O controle das vias aéreas, quando necessário, pode ser feito via nasotraqueal às cegas (se a ventilação espontânea está presente), mediante seqüência rápida de intubação orotraqueal mantendo o alinhamento cervical, ou com técnica cirúrgica (cricotireoidostomia). A escolha da técnica depende do cenário clínico e da experiência do médico atendente (CHIARA, 2009).

- **TRAUMA TORÁCICO**

No trauma de tórax, as condições de imediato risco de morte são causadas por lesão da via aérea alta, pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tórax instável, hemotórax maciço e tamponamento cardíaco que devem ser identificadas e tratadas na fase de avaliação inicial. Todas as outras condições: pneumotórax simples, hemotórax simples, contusão pulmonar não associada a tórax instável, fratura de esterno e costela, lesão traqueobrônquica, lesão esofágica, contusão cardíaca, lesão de grandes vasos e ruptura diafragmática podem ser diagnosticadas sucessivamente com exames complementares apropriados e tratadas em tempo hábil (LIMAN; KUZUCU; TASTEPE, 2003).

Na lesão de via aérea alta com risco de obstrução da via aérea, o tratamento de urgência é representado pela intubação com ou sem auxílio fibrobroncoscópico,

mesmo para lesões menores, sendo a manutenção do tubo traqueal, por 3-4 dias, o único tratamento necessário. Entretanto, nas lesões mais complexas, pode ser necessária uma traqueostomia de urgência para o controle da via aérea. Em tais casos, a reparação definitiva é dada mediante intervenção cirúrgica (LIMAN; KUZUCU; TASTEPE, 2003).

A contusão, laceração pulmonar e asfixia pós-traumática com insuficiência respiratória pode requerer assistência ventilatória, seja ventilação não invasiva (VNI) ou ventilação mediante intubação traqueal. No caso de pneumotórax ou hemotórax, mesmo pequenos, é melhor posicionar um dreno torácico para otimizar a expansão pulmonar. Na presença de atelectasia, a fibrobroncoscopia e o lavado bronco-alveolar podem incrementar o recrutamento alveolar para melhor ventilação. Nos traumas por esmagamento, o tratamento consiste no controle da via aérea e ventilação e na correção de eventuais outras lesões torácicas associadas. As lesões mais complexas requerem um tratamento cirúrgico com abordagem cervical com colar ou mediante toracotomia (RICHARDSON, 1996).

No tamponamento cardíaco, o tratamento inicial é representado pela infusão de líquidos. Os parâmetros do paciente são mantidos em equilíbrio, por um lado, com a infusão de líquidos, e por outro, com o esvaziamento do saco pericárdico através da janela pericárdica

Na contusão cardíaca (hoje denominada com o termo de trauma fechado do miocárdio) o tratamento consiste no monitoramento ECG e hemodinâmico em ambiente de terapia intensiva (CTI) ou semi-intensiva e a prevenção ou tratamento da taquiarritmia (é preferível lidocaína ou um fármaco sem efeito inotrópico negativo como o diltiazem). No caso de choque cardiogênico é indispensável um suporte inotrópico (dobutamina associada a dopamina em caso de hipotensão) e, nos casos mais graves, um suporte mecânico mediante contrapulsção intra-aórtica com balão e drenagem, guiada por ultra-som, de um eventual derrame pericárdico (CHIARA, 2009).

A ruptura diafragmática deve ser reparada cirurgicamente, por via abdominal, devido a frequente coexistência de lesões associadas de órgãos intraperitoniais.

As lesões dos vasos centrais devem ser corrigidas rapidamente através de intervenção cirúrgica (RICHARDSON, 1996).

- TRAUMA ABDOMINAL Grave, Osvaldo Chiara, 2008)

Paciente hemodinamicamente estável com trauma aberto por arma branca: o tratamento indicado é:

1. Se houver evisceração: não reduzir o conteúdo para o interior da cavidade abdominal. Proteger com compressas úmidas e preparar o paciente para a Laparotomia exploradora.
2. Sem evisceração: Encontrando sinais ao exame clínico e/ou estudo radiológico, ultracênográfico e tomográfico conforme algoritmo tal achados de lesões de tratamento cirúrgico, realizar Laparotomia exploradora.

Paciente hemodinamicamente estável com trauma aberto por arma de Fogo:
Neste tipo de ferimento:

1. Se for penetrante: laparotomia exploradora.

Paciente hemodinamicamente estável com trauma fechado de sinais de irritação parietal ou em casos de dúvidas: realizar radiografia de abdome e à radiografia de tórax para evidenciar ou não a presença de pneumoperitônio. Na presença deste deve-se seguir à Laparotomia. Caso não haja pneumoperitônio, prossegue-se com a realização de ultrassonografia de abdome para pesquisa de líquido livre na cavidade abdominal. E se não for encontrado líquido livre na cavidade abdominal, este paciente será mantido em observação.

Paciente hemodinamicamente instável com trauma abdominal penetrante: deve ser submetido à Laparotomia.

Paciente hemodinamicamente instável com trauma abdominal fechado: deverá ser submetido a US-FAST.

Positivo: o paciente deverá ser encaminhado a laparotomia exploradora.

Negativo: a avaliação prosseguirá na tentativa do diagnóstico de outra causa de choque.

Realizar um lavado peritoneal diagnóstico (LPD).

- **TRAUMA DE PELVE**

Na presença de fratura complexa da pelve, deve-se proceder com manobras de estabilização do anel pélvico ainda na sala de emergência:

1. A estabilização da CAP deve ser realizada com a aplicação de fixadores externos anteriores (FEA) nos tipos I-II e fixadores externos posteriores (FEP) no tipo III (ROMMENS, 1996).
2. Nas lesões CL é indicado o posicionamento de uma faixa pélvica sem tensão, somente com a intenção de conter e imobilizar, para evitar o deslocamento de fragmentos, durante a manipulação do paciente.
3. Nas lesões VS deve-se efetuar o fechamento do anel pélvico com urgência, reduzindo e alinhando a hemipelve deslocada (ROMMENS, 1996).

O tratamento nos pacientes com trauma da pelve está subordinado ao grau de instabilidade biomecânica da fratura pélvica e do comprometimento hemodinâmico do paciente. Depois de iniciada a avaliação, segundo a sequência ABCDE, realiza-se o E-FAST para a avaliação de um provável hemoperitônio em função do qual se estabelece o seguinte percurso:

- Hemoperitônio por lesão intra-abdominal: realizar Laparotomia exploradora;
- Ecografia negativa ou hemoperitônio não significativo para sangramento intra-abdominal: obter estabilização hemodinâmica com as manobras de redução e realizar uma TC com contraste (CHIARA, 2009).

6.1 Tratamentos de lesões associadas e das fraturas expostas

Na presença de uma lesão genitourinária, frequente nos casos de fratura com CL, o momento do tratamento varia em função do tipo da lesão e da estabilidade hemodinâmica (CHIARA, 2009).

- **TRAUMA COMPLEXO DAS EXTREMIDADES**

A avaliação primária do paciente com trauma de extremidades segue a sequência ABCDE, anteriormente exposta.

Durante as manobras de reanimação, particular atenção deve ser dispensada ao estancamento da hemorragia, esta deve ser contida por compressão manual direta, no ponto de sangramento, evitando a utilização às cegas de clampes vasculares e reservando o uso de torniquete apenas para os cotos de amputação (ATLS, 2008).

Em tais casos, o dispositivo deve ser insuflado a uma pressão não superior a 250 mmHg. Se o torniquete for aplicado na cena do acidente, deve ser mantido no lugar, durante a primeira fase de reanimação.

O paciente deve ser inspecionado, observando se a existência de abrasão, equimose, hematoma, solução de continuidade da pele, deformidade e assimetria dos membros. Deve ser avaliada a adequação da imobilização efetuada no local do trauma. Cada segmento esquelético, potencialmente lesado, deve ser mantido alinhado com o uso de talas (ATLS, 2008).

Devem ser observados os sinais de potencial comprometimento vascular. Os pulsos centrais e periféricos são pesquisados antes e depois de eventuais manobras de redução e imobilização. Nos casos de ausência ou hiposfigmia dos pulsos é necessário assegurar que a perfusão sistêmica esteja adequada. A avaliação da integridade da estrutura nervosa deve ser realizada examinando-se eventuais déficits sensitivos e/ou motores, antes e depois das manobras de redução. Devem ser avaliados o grau de contaminação das partes moles e a necessidade de Debridamento. É necessário pesquisar o grau de exposição da fratura. As articulações devem ser examinadas a procura de luxação ou ferimento exposto. Deve sempre ser considerado o risco de desenvolvimento da síndrome compartimental no membro lesado (CHIARA, 2009).

Deve-se avaliar a integridade vascular para verificar se há necessidade de possível intervenção cirúrgica. O estudo radiológico da extremidade constitui, normalmente, o último passo da avaliação na sala de emergência. Em caso de fratura articular, o exame mais adequado é a TC da articulação.

Na presença de fratura exposta, a avaliação ortopédica deve ser o mais precoce possível. Na presença de destruição maciça do membro, envolvendo as partes moles, as estruturas vâsculo-nervosas e o segmento esquelético, em geral, devido ao trauma fechado, esmagamento e amputação traumática, a estabilização do paciente deve ser precoce eficaz, representando um pressuposto para a decisão do tratamento definitivo (ANDERSON; BLAISDELL, 2004).

O controle da hemorragia deve ser por compressão direta e o grau de comprometimento do membro deve ser quantificado. Na suspeita de lesão vascular, a angiografia ou a angio TC deve ser realizada.

A avaliação neurológica do membro é fundamental para o bom prognóstico e restituição da função.

A decisão de realizar a amputação primária, no lugar de se tentar salvar o membro, deve ser rápida (ANDERSON; BLAISDELL, 2004).

As intervenções definitivas são realizadas após a recuperação da condição sistêmica do paciente e, uma vez resolvidos os problemas, com maior grau de prioridade. Nas feridas por arma de fogo a avaliação primária é realizada segundo a modalidade previamente exposta. A avaliação secundária prevê a inspeção das extremidades e a pesquisa de orifícios de entrada e saída, além do envolvimento de outras partes do corpo. É indispensável a avaliação da perfusão periférica e da sensibilidade e motricidade do segmento acometido. Na presença de suspeita de lesão vascular está indicada a exploração com hemostasia imediata, no caso de hemorragia no trajeto o hematoma em rápida expansão (CHIARA, 2009).

- **TRAUMA DURANTE A GRAVIDEZ**

A avaliação primária é baseada na sequência do ATLS, com algumas peculiaridades: A intubação e todas as manobras para garantir uma adequada oxigenação devem ser realizadas em tempo hábil, para prevenir a hipóxia fetal. Particular atenção deve ser dada a reanimação volêmica e sanguínea. No caso de hipotensão persistente, a grávida é inclinada para a esquerda, a fim de reduzir

a compressão da veia cava, pelo útero. Deve ser conhecida a data da última menstruação, para cálculo da idade gestacional, e, se não for possível, fazê-lo a grosso modo, pela altura do útero, em relação à sínfese púbica (1 cm = 1 semana) (ATLS, 2008).

Realizar a palpação do útero, avaliando a consistência e a presença de contrações (mais de cinco contrações por hora recomenda-se a necessidade de monitoramento). Verificar vitalidade do feto. Devem ser realizados os exames radiológicos essenciais (Standard ou tomografia), evitando repetições inúteis e protegendo, quando possível, o abdome inferior.

Todas as grávidas sem lesão, que requerem hospitalização, devem ser observadas em ambiente obstétrico por pelo menos 48 horas. Em idade gestacional superior a 24 semanas, deve ser instituído o monitoramento cardiotocográfico (ATLS, 2008).

Todas as grávidas Rh negativo que sofreram trauma abdominal devem ser submetidas à profilaxia com imunoglobulina anti-Rh (50µg < 16 semanas, 300µg > 16 semanas) dentro de 48 horas para prevenir a isoimunização, independente do resultado do teste de Kleihauer-Betke (presença de hemácias fetais na circulação materna).

O trabalho prematuro (antes de 36 semanas) pode ser induzido, mesmo após trauma modesto. A terapia médica tocolítica (com medicamento beta-adrenérgico, ritodrina ou sulfato de magnésio) pode diminuir ou interromper o trabalho. Esta terapia é contra-indicada na presença de dilatação superior a 4 cm, sofrimento fetal, hipotensão ou choque da mãe. Em tais casos é realizado o parto, através de cesariana (VAIZEY, 1994).

A ruptura uterina, o descolamento de placenta superior a 50%, o grave traumatismo pélvico com lesão osteoligamentar e o sofrimento pélvico são indicações para cesariana. A intervenção é realizada com uma laparotomia mediana. A cesariana perimortem está indicada no caso de idade gestacional maior que 26 semanas, com parada cardiorrespiratória da mãe, não superior a

15 minutos. A reanimação cardiopulmonar da mãe deve ser realizada durante toda a intervenção cirúrgica (CHIARA, 2009).

- **TRAUMA OFTALMOLÓGICO**

O tratamento do trauma ocular consiste em:

Trauma ocular fechado: Tratamento clínico com colírios, antibióticos e hipotensores oculares. Se necessário, será realizada irrigação ocular com soro fisiológico e será usado curativo oclusivo com pomada epitelizante. Se houver a presença de corpo estranho na superfície ocular, este deverá ser removido com o uso da lâmpada de fenda.

Trauma ocular aberto: Cirurgia reconstrutora do globo ocular, no bloco cirúrgico sob anestesia geral.

- **ATENDIMENTO AO QUEIMADO**

A avaliação primária ao paciente queimado é realizada conforme o esquema ABCDE. No caso de queimaduras com suspeita de acometimento das vias aéreas (história de acidente em ambiente fechado, queimaduras envolvendo a face, exame clínico visualizando a presença de queimadura das vias nasais, hiperemia e fuligem na orofaringe e escarro fuliginoso), faz-se necessário:

2. Intubação orotraqueal o mais precoce possível, antes que o edema se estabeleça e a torne inviável, tornando necessária uma traqueostomia, ato mais agressivo e passível de complicações;
3. Acesso venoso deve ser periférico e o mais calibroso possível evitando-se o acesso venoso central. Caso necessário pode-se utilizar mais de um acesso venoso a fim de hidratar o paciente adequadamente;
4. Parada do processo de queimadura com retirada cuidadosa das vestes, limpeza adequada e resfriamento da lesão com água corrente ou soro fisiológico em temperatura ambiente, evitando-se os líquidos gelados, os quais podem levar à vasoconstrição local e hipotermia, piorando o estado clínico do paciente;
5. Analgesia adequada com morfina ou derivados via endovenosa;

6. Cálculo da superfície corporal queimada (SCQ), conforme tabela de LUND-BROWDER de acordo com a idade ou conforme a “regra dos nove”, preferencialmente para adultos,
7. Hidratação adequada com cristalóides (soro fisiológico isotônico ou, preferencialmente, ringer lactato) conforme a fórmula de Parkland (Peso X superfície corporal queimada X 3 ou 4), metade do volume sendo infundido nas primeiras 8 horas e o restante nas 16 horas seguintes, aumentando ou diminuindo a velocidade de infusão a fim de manter uma diurese média de 0,5 ml a 1 ml/Kg/hora. Na impossibilidade de um atendimento imediato ao paciente queimado, o atraso na hidratação inicial deverá ser compensado com o aumento da velocidade de infusão do volume do líquido calculado para as primeiras 8 horas (descontar o tempo de atraso no início da hidratação das 8 horas iniciais e infundir o volume calculado nas horas restantes);
8. Sondagem vesical de demora com medida rigorosa do volume horário da diurese, principal parâmetro de hidratação;
9. Proteção gástrica com ranitidina ou omeprazol EV;
10. Verificar esquema vacinal antitetânico, aplicando, conforme a necessidade, dose inicial ou de reforço de VAT ou até imunoglobulina humana hiperimune;
11. Limpeza das lesões com soro fisiológico e curativo básico com creme de Sulfadiazina de Prata a 1%.

Intoxicação Exógena	
<i>Pronto Atendimento</i>	PROTOCOLO: 010

Definição / Quadro Clínico:

Manifestações complexas ou anômalas, agravo súbito à saúde. Risco aumentado em pacientes com distúrbios psiquiátricos e/ou com maior acesso a tóxicos.

Diagnóstico:

Caso haja referência de contato com substância tóxica, rever os tipos de medicamentos e outros produtos no domicílio, associando-os às manifestações clínicas (tabela 1) e, sempre que possível, tentar a confirmação laboratorial.

Exames Complementares:

Lembrar que, na maioria dos casos, o tratamento é de suporte e, geralmente não é afetado pela identificação do agente causador da intoxicação. Os exames toxicológicos devem ser solicitados para confirmar a intoxicação e correlacioná-los à compatibilidade dos achados clínicos com a síndrome tóxica (tabela 1).

- Exames qualitativos NÃO são capazes de diferenciar intoxicação da exposição a determinada substância.
- Exames qualitativos disponíveis: benzodiazepínicos, fenotiazínicos, maconha, cocaína, ecstasy, anfetaminas, salicilatos
- Exames quantitativos: A dosagem sérica quantitativa será útil em situações onde exista uma relação entre o nível sérico e a toxicidade, bem como para indicação de intervenções terapêuticas específicas.
- Exames quantitativos disponíveis no HCRP: alcoolemia (o álcool é metabolizado poucas horas após seu uso, na suspeita de intoxicação, realizar a coleta o mais rápido possível), antidepressivos tricíclicos, ácido valpróico, carbamazepina,

colinesterase, digoxina, fenitoína, fenobarbital, litemia, metemoglobina, teofilina, tiocianato, acetaminofen.

Tratamento:

1. Estabilização clínica;
2. Tratamento específico: reconhecimento da síndrome tóxica (vide tabela 1),
3. Descontaminação:
 - 3.1. Descontaminação cutânea, ocular (se for o caso)
 - 3.2. Lavagem gástrica: para intoxicações potencialmente graves, útil quando realizada até no máximo 2 horas da ingestão
Contraindicações: derivados de petróleo; cáusticos, corrosivos; materiais sólidos com pontas; alterações hemorrágicas; pacotes contendo drogas; depressão respiratória, neurológica e/ou agitação em pacientes sem proteção de vias aéreas.
 - 3.3. Carvão ativado: pode ser feita, de modo geral, até 4 horas da ingestão.
Dose: 1 g/kg peso (até 50g) diluído a 10% em água ou suco.

Para antidepressivos tricíclicos: considerar uma segunda dose de carvão ativado 1 hora após a primeira dose.

Para intoxicações agudas ou crônicas por: Fenobarbital, Carbamazepina, Dapsona, Teofilina: realizar múltiplas doses de carvão ativado: 0,25 a 0,5 g/kg (a cada 4 horas) até concentração sérica próxima ao valor de referência.
 - 3.4. Situações especiais: Algumas situações poderão necessitar de administração de antídotos, antagonistas e aumento da eliminação do tóxico absorvido. Consultar equipe de toxicologia (24 horas por dia) através do BIP 1190, ramal 1149 ou 1192.
4. Uso de antídotos (quando apropriado).

5. Tratamento de suporte

Tabela 1: Síndromes Tóxicas e principais agentes relacionados

Síndrome	Sintomatologia	Agentes
Anticolinérgica (bloqueio receptores muscarínicos da ACH)	↑ FC, ↑ PA, midríase, febre, rubor, mucosas e pele secas, alucinações, agitação psicomotora, ↓ ruído intestinal	Atropina e derivados, beladonas, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, biperideno
Colinérgica (diminuição da atividade da enzima anticolinesterase)	↓ FC, ↑/↓ PA, miose, fraqueza e fasciculações musculares, ↑ das secreções salivar, gastrointestinal, pulmonar	Inseticidas fosforados e carbamatos, cogumelos
Depressão do SNC	↓ FC, ↓ PA, miose, sonolência, torpor, coma, depressão respiratória, hiporreflexia, borborigmos ausentes	Barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol, opióides, antidepressivos tricíclicos, carbamazepina
Extrapiramidal (bloqueio de receptores dopaminérgicos)	Crise oculógira, distorção facial, espasmos musculares, hipertonia, sinal da roda denteada, opistótono, mímica facial pobre, choro monótono	Fenotiazínicos, haloperidol, metoclopramida, domperidona, anti-histamínicos
Metemoglobinemia (conversão Hb em metaHb)	Cianose cinza arroxeada, taquicardia, astenia, convulsões	Nitrito, nitrato, naftalina, anestésicos, sulfona
Simpaticomimética	↑ FC, ↑ PA, midríase, febre, sudorese, agitação, rubor, convulsão, alucinação, borborigmos presentes	drogas de abuso, cafeína, descongestionantes tópicos ou sistêmicos, teofilina

Hemorragia Digestiva

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 011

Pacientes com suspeita de HDA varicosa devem ser transferidos para unidades de terapia intensiva para adequada monitorização hemodinâmica e adoção de medidas de suporte inicial, que incluem a manutenção de vias aéreas pérvias, por vezes necessitando de intubação orotraqueal, especialmente em cirróticos com encefalopatia hepática concomitante, e a obtenção de acesso venoso periférico¹.

Os pacientes cirróticos apresentam um permanente estado de circulação hiperdinâmica, com pronunciada vasodilatação esplâncnica por ação de substâncias vasoativas, notadamente o óxido nítrico. O volume arterial efetivo é baixo, motivo pelo qual estes pacientes tendem habitualmente à hipotensão arterial⁶. A correção da hipovolemia deve ser muito criteriosa, uma vez que a distribuição do volume oferecido tende a ser direcionada preferencialmente para o território esplâncnico, com elevação da pressão portal, formação de ascite e pouco impacto sobre a pressão arterial. Desta forma, a manutenção de níveis de hemoglobina em torno de 8 g/dl e da pressão sistólica em torno de 90 mmHg são suficientes para manter uma boa perfusão tecidual, com menor risco de ressangramento pelas varizes, devendo-se considerar, contudo, a presença de comorbidades, o status hemodinâmico, a idade do paciente e a persistência do sangramento. A reposição de volume deve ser feita preferencialmente com papa de hemácias e o mínimo possível de soluções cristaloides, visto que ressuscitações volêmicas vigorosas podem precipitar novo sangramento, formação de ascite e extravasamento de líquidos para o espaço extravascular. Apesar da ausência de estudos que comprovem benefícios, transfusão de plasma fresco congelado ou de concentrado de plaquetas pode ser utilizada em pacientes com significativa coagulopatia e/ou plaquetopenia.

USO DE DROGAS VASOATIVAS

A utilização de drogas vasoativas que promovem vasoconstrição esplâncnica (terlipressina, somatostatina ou octreotídeo) está indicada de imediato, assim que se presume ser a HDA secundária à hipertensão portal. Evidências demonstram que o tratamento apenas farmacológico apresenta resultados semelhantes ao tratamento endoscópico isolado (escleroterapia) no controle do sangramento varicoso, com menores taxas de complicações. A terlipressina, análogo sintético da vasopressina e única droga que isoladamente demonstrou redução de mortalidade na HDA varicosa quando comparada ao placebo, é ministrada em bolus, na dose de 2 µg, endovenosa, 4/4 h inicialmente, com redução para 1 mg, endovenosa, 4/4 h após o controle da hemorragia⁹. As demais drogas vasoativas demonstram benefícios quando associadas ao tratamento endoscópico: somatostatina, utilizada por via venosa na dose de 250 µg em bolus, seguida de infusão contínua de 250 µg por hora; e octreotídeo, análogo sintético da somatostatina, ministrado também por via venosa, na dose de 50 µg em bolus, seguida de infusão contínua de 50 µg por hora¹⁰. O tempo de manutenção da terapêutica farmacológica pode variar de 2 a 5 dias⁷. É importante que a terapêutica vasoativa seja combinada com uma intervenção endoscópica precoce, reposição volêmica criteriosa, prevenção e tratamento de infecções.

HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA

É recomendável passar uma sonda nasogástrica e efetuar lavagem com 1000 a 1500 ml de soro fisiológico, com vistas a melhorar as condições de trabalho do endoscopista que será acionado preferencialmente nas primeiras 12 horas após a internação, assim que o paciente esteja estabilizado hemodinamicamente. A presença de sangue “vermelho vivo” no aspirado é descrita como importante indicador prognóstico de recorrência ou persistência da HDA.

Recomenda-se que a técnica de hemostasia endoscópica utilizada seja a ligadura elástica, que detém melhores índices de controle da HDA varicosa, com menores taxas de complicações. Entretanto, a técnica de escleroterapia pode ser empregada na vigência do sangramento agudo, nas situações em que a

ligadura elástica demonstrar-se tecnicamente difícil. Os melhores resultados da terapia endoscópica são obtidos quando há associação com o tratamento farmacológico (terlipressina, somatostatina ou octreotídeo), que deve ser iniciado preferencialmente antes da endoscopia digestiva alta (EDA). Essa associação aumenta as taxas de controle inicial do sangramento e reduz o ressangramento precoce, sem impacto sobre mortalidade ou eventos adversos significativos¹⁰.

Cerca de 10% a 20% dos pacientes, a despeito das medidas endoscópicas e/ou farmacológicas instituídas, poderão não obter sucesso no controle do sangramento ou apresentar ressangramento dentro das primeiras 24 horas. Nesses casos, uma segunda intervenção terapêutica por via endoscópica deverá ser tentada. Persistindo o sangramento, está indicada a colocação do balão de Sengstaken-Blakemore, que, por seu alto risco de complicações – aspiração traqueal, migração, necrose e perfuração esofágica, com mortalidade de até 20% – deverá ser mantido por, no máximo, 24 horas período em que deverá ser providenciada a terapêutica invasiva de resgate – implante por hemodinâmica de TIPS (derivação portossistêmica intra-hepática transjugular) ou cirurgia^{13,14}. Ambas são medidas salvadoras, eficazes na interrupção do sangramento, mas com alto índice de mortalidade, sobretudo nos pacientes com pobre reserva hepática – Child C.

O ressangramento pelas varizes pode ocorrer em 30% a 40% dos pacientes, dentro das primeiras seis semanas – 40% nos primeiros cinco dias. Após seis semanas, o risco de ressangramento torna-se muito próximo daquele antes do episódio inicial. O ressangramento precoce é um importante preditor de mortalidade por HDA varicosa e alguns fatores são determinantes na sua ocorrência, como infecções bacterianas, sangramento ativo na endoscopia de emergência, classificação de Child-Pugh, níveis de aspartato aminotransferase, presença de trombose de veia porta, insuficiência renal, carcinoma hepatocelular e gradiente de pressão da veia hepática (medido por hemodinâmica) > 20 mmHg à admissão.

PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES

Embora a ocorrência de encefalopatia hepática possa ser precipitada por sangramentos digestivos, não há evidência que justifique o uso profilático da lactulose em pacientes cirróticos com HDA. Todavia, seu uso terapêutico está indicado quando há sinais clínicos de encefalopatia hepática já à admissão ou no decorrer da internação hospitalar. Poderá ser ministrada por via oral, em doses variáveis que permitam 2 a 3 evacuações ao dia. As lavagens colônicas por via retal – clisteres glicerizados de 500 a 1000 ml ao dia – poderão ser utilizadas nos casos de hemorragias vultosas, com encefalopatia manifesta, em que se pretenda uma exoneração colônica imediata. Nos pacientes com depressão acentuada do nível de consciência, é recomendável a intubação orotraqueal com vistas à prevenção de pneumonia aspirativa; nesses casos, a manutenção da sonda nasogástrica pode ser útil para a oferta de medicamentos. Outros potenciais fatores precipitantes de encefalopatia hepática devem ser identificados e corrigidos, como desidratação, hipoxia, hipoglicemia, azotemia, anemia, medicamentos (sedativos, tranquilizantes) e distúrbios eletrolíticos.

Infecções bacterianas são frequentemente documentadas em pacientes com HDA varicosa e a sua ocorrência é um importante fator prognóstico de falha no controle do sangramento ou de ressangramento precoce. A peritonite bacteriana espontânea (50%), as infecções de vias urinárias (25%) e de vias aéreas (25%) são prevalentes. O uso de antibióticos em pacientes cirróticos com HDA proporcionou redução na incidência de infecções bacterianas e nas taxas de ressangramento, com consequente redução de mortalidade. Dessa forma, a antibioticoterapia profilática (por sete dias) é mandatória para todo paciente cirrótico com HDA varicosa e deve ser iniciada no momento da admissão hospitalar. O antibiótico mais utilizado é a norfloxacin (400 mg, via oral, 12/12h), mas a ciprofloxacina endovenosa pode ser usada quando a administração oral não for possível. Em pacientes de alto risco, isto é, Child B ou C, com ascite, choque hipovolêmico, icterícia ou desnutrição, o uso de ceftriaxona endovenosa (1g/dia) já demonstra melhores resultados na profilaxia infecciosa, devendo ser

considerada especialmente em centros com elevada prevalência de organismos resistentes às quinolonas.

A alimentação por via oral deve ser restituída o mais precocemente possível – 24 horas após estabilização do sangramento – com restrição de proteína animal para aqueles com encefalopatia hepática, até melhora clínica¹⁶.

HDA DE CAUSA NÃO VARICOSA

As HDA de etiologia não varicosa são causadas principalmente por úlcera péptica gastroduodenal, lesão aguda de mucosa gastroduodenal, laceração aguda da transição esôfago-gástrica (Mallory-Weiss), câncer gástrico e esofagites. Causas mais raras de HDA estão relacionadas a lesões vasculares (angiodisplasias, fístula aorto-duodenal, lesão de Dieulafoy), pólipos, hemobilia, hemosucus pancreaticus.

Embora cerca de 80% das HDA não varicosas cessem espontaneamente, a abordagem diagnóstica necessita ser dinâmica e associada a cuidados terapêuticos no sentido de preservar o equilíbrio hemodinâmico e a vida. A magnitude do sangramento nem sempre está relacionada à etiologia, mas ligada principalmente à idade do paciente, às comorbidades e ao uso prévio de medicamentos lesivos à mucosa ou anticoagulantes.

REPOSIÇÃO VOLÊMICA

A intensidade da ressuscitação deve ser proporcional à gravidade do sangramento. Após a obtenção de dois acessos venosos calibrosos, a reposição rápida de volume com cristaloides (solução fisiológica 0,9%) deve objetivar a normalização dos sinais vitais e dos parâmetros hemodinâmicos do paciente. Aqueles com instabilidade hemodinâmica devem ser preferencialmente monitorados em ambiente de terapia intensiva. A transfusão de concentrado de hemácias tem como objetivo a manutenção do hematócrito em torno de 30% em idosos, enquanto valores de 20% a 25% podem ser bem tolerados em indivíduos

jovens e saudáveis, exceto em situações de instabilidade hemodinâmica ou sangramento persistente. Na vigência de coagulopatias, pode-se utilizar plasma fresco congelado e/ou concentrado de plaquetas.

TERAPIA ANTISSECRETORA

O emprego de inibidores de bomba protônica (IBP), em casos de HDA por úlcera, reduz significativamente as taxas de ressangramento, a necessidade de intervenção cirúrgica ou de retratamento endoscópico, quando comparado a placebo ou bloqueadores H221. Além disso, reduções das taxas de mortalidade podem advir do uso de IBP em pacientes de alto risco (sangramento ativo ou vaso visível não-sangrante à EDA 21).

As formulações venosas de IBP podem ser ministradas em bolus ou por infusão prolongada e, na eventual falta dessas formulações, a utilização de doses dobradas de IBP (12/12 horas) por via oral apresenta bons resultados. Nos pacientes que, à endoscopia, não apresentarem sangramento ativo, úlceras com vaso visível ou coágulo aderido (ou seja, baixo risco de ressangramento), o tratamento pode ser iniciado com IBP por via oral²¹. Sugere-se que o omeprazol endovenoso seja utilizado na dose de 80 mg, endovenosa, em bolus, seguido da infusão de 8 mg/h, por 72 horas, quando deverá ser trocado para 20 mg por via oral (1x dia), por oito semanas. A suspensão da medicação após esse período estará na dependência da correção de fatores precipitantes, como *H. pylori*, anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e ácido acetilsalicílico (AAS).

A utilização de outras drogas, como somatostatina ou octreotídeo, pode ser benéfica pelos efeitos produzidos na redução do fluxo esplâncnico, inibição da secreção ácida e suposta ação citoprotetora gástrica²⁴. No entanto, em decorrência do alto custo e da menor disponibilidade, o uso dessas drogas fica reservado às raras ocasiões em que a terapêutica convencional tenha sido ineficaz.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

O exame endoscópico é o método mais sensível e específico no diagnóstico da HDA (acurácia de 92% a 95%) e deve ser realizado preferencialmente nas primeiras 24 horas de internação, já com o paciente hemodinamicamente estável. É conveniente que se faça previamente a lavagem gástrica com 1000 a 1500 ml de solução fisiológica 0,9%, a fim de aumentar a acurácia do exame. Os objetivos do exame endoscópico são: reconhecer o ponto de sangramento, proceder à hemostasia, quando indicada, e reconhecer estigmas que predigam ressangramento iminente. No caso das úlceras pépticas, os seguintes achados são relevantes para estimar o risco de ressangramento: sangramento ativo em jato – 55% a 90% de recorrência; sangramento tipo porejamento – 30%; vaso visível – 43%; coágulo aderido – 22%. A ausência destes estigmas identifica um subgrupo de pacientes em que não há indicação de hemostasia endoscópica. Em pacientes com sangramento ativo ou vaso visível não sangrante, a terapêutica endoscópica é efetiva e reduz os riscos de ressangramento. As úlceras com coágulo aderido na base devem ser irrigadas, na tentativa de remoção do coágulo e tratamento adequado da lesão subjacente.

A terapêutica endoscópica depende do tipo de lesão. Os métodos mais utilizados são a injeção de substâncias esclerosantes com o intuito de provocar uma reação inflamatória e a subsequente hemostasia, térmico com o uso de eletrocoagulação ou de termocoagulação (heater probe), mecânico através de hemoclip, laser através de argônio ou Nd:YAG ou uma combinação dos métodos. Dados da literatura demonstram que a terapêutica endoscópica combinada das úlceras gastroduodenais sangrantes reduz os índices de ressangramento, a necessidade de cirurgia e a mortalidade, quando comparada à injeção de adrenalina isoladamente mas com resultados semelhantes ao uso isolado da terapêutica térmica ou mecânica. Portanto, recomenda-se, nas úlceras gastroduodenais com alto-risco de ressangramento, que a injeção de adrenalina seja combinada a outra técnica de hemostasia endoscópica, sendo preferida por muitos autores a injeção de adrenalina seguida de termocoagulação com heater probe.

Complicações do Tratamento e dos Procedimentos Diagnósticos

Complicações podem surgir antes, durante ou depois da endoscopia de urgência. Antes do exame podem ocorrer: aspiração (especialmente em pacientes sedados, agitados, encefalopatas); hipoventilação (relacionada à sedação excessiva) e hipotensão (reposição volêmica inadequada, sedação com narcóticos).

Durante e após o exame, sobretudo quando há necessidade de terapêutica, pode haver agravamento do sangramento ou perfuração gastroduodenal, motivo pelo qual devem ser pré-determinados limites para cada técnica a ser utilizada – a utilização de mais de 30 ml de adrenalina 1/10.000, ou mais de 2 ml de álcool absoluto, ou aplicações repetidas das sondas térmicas, carregam sérios riscos de complicação.

SANGRAMENTO REFRATÁRIO

Nos casos em que não se obtém a hemostasia com as medidas clínicas, e após duas tentativas frustradas de terapêutica endoscópica, recorre-se à angiografia terapêutica (injeção de substâncias vasoconstritoras ou embolização) ou ao tratamento cirúrgico de emergência. A cirurgia também está indicada quando ocorre perfuração gastroduodenal consequente à terapêutica endoscópica. São situações extremas e de alto risco.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

O espectro clínico de apresentação da HDB é amplo, variando desde episódios recorrentes e pouco expressivos de hematoquezia até hemorragias maciças e choque hemodinâmico. Na maior parte das vezes, o sangramento é autolimitado.

A abordagem inicial dos casos graves é direcionada para garantir a estabilidade hemodinâmica, dentro dos mesmos princípios do tratamento da HDA.

A definição do sítio de sangramento e o tratamento específico são objetivos consequentes. A etiologia da HDB é variável segundo a faixa etária. Na criança, o divertículo de Meckel é a causa mais comum de sangramento, ao passo que, no adulto, a doença diverticular dos cólons, as angiodisplasias e as doenças proctológicas, sobretudo hemorroidárias, são mais relevantes. São também causas de HDB as neoplasias, as colites isquêmicas e infecciosas, além das doenças inflamatórias intestinais. AINE podem produzir lesões de delgado e cólon, com consequente HDB. Fístulas aorto-entéricas, vasculites, intussuscepção e enteropatia associada à hipertensão portal podem também causar HDB.

DOENÇAS PROCTOLÓGICAS

Os sangramentos originários de doença hemorroidária são muito comuns, raramente vultosos e apresentam-se com características que permitem sua suspeição – sangue rutilante, habitualmente de pequeno volume, não misturado às fezes, que goteja e tinga o vaso ou o papel higiênico. Nestes casos, a realização de uma retossigmoidoscopia pode ser suficiente para afirmar a fonte do sangramento e providenciar o tratamento local.

DOENÇAS DO CÓLON

Se nenhuma doença orifical sangrante for estabelecida, a realização de uma colonoscopia é recomendável para avaliação de possíveis doenças do cólon e íleo terminal.

A doença diverticular, apesar de predominar no cólon esquerdo, tem a maioria dos sangramentos oriundos de divertículos situados no cólon direito. A

hemorragia é súbita, volumosa, habitualmente autolimitada, mas profusa em algumas ocasiões.

As angiodisplasias ocorrem, sobretudo, em indivíduos com mais de 65 anos de idade e predominam no ceco e cólon ascendente proximal. A hemorragia nesses casos tende a ser recorrente, pouco volumosa, mas em até 15% dos casos pode ser maciça. Quando detectadas pelo exame colonoscópico são passíveis de tratamento local – termocoagulação ou injeção de esclerosantes.

A colonoscopia, com o acréscimo do estudo histológico, também permite diagnosticar lesões neoplásicas (pólipos e tumores), doenças inflamatórias intestinais (Crohn e retocolite ulcerativa), colites infecciosas ou amebianas e as colites isquêmicas, cada qual merecedora de seu tratamento específico.

DOENÇAS DO INTESTINO DELGADO

As hemorragias consequentes às lesões do intestino delgado, fora do raio de ação dos exames endoscópicos, são de difícil diagnóstico e responsáveis pela maioria dos casos de hemorragia de origem obscura. Predominam as lesões vasculares angiodisplásicas, seguidas das neoplasias. Nestes casos, a realização de arteriografia mesentérica, exames cintilográficos ou endoscopia intraoperatória podem ser necessários para esclarecimento diagnóstico. A utilização de tratamento hormonal – combinações de estrogênio e progestogênio – é proposta para os casos de angiodisplasias múltiplas. Outra opção, a talidomida, detentora de potente ação inibidora da angiogênese, tem demonstrado resultados promissores na profilaxia de sangramentos enterocólicos relacionados à angiodisplasias múltiplas e pode ser usada (100-300 mg ao dia, por via oral) em casos refratários, com contraindicações ou sem resposta a outras terapias.

CONDUTA NAS HEMORRAGIAS MACIÇAS

Nesses casos, as medidas de reposição volêmica, correção da anemia e restauração do equilíbrio hemodinâmico são prioritárias. O exame colonoscópico de urgência nem sempre consegue detectar o ponto de sangramento, o que pode impossibilitar a hemostasia. A experiência com o uso vasoconstritores esplâncnicos – somatostatina ou octreotídeo – é limitada, mas seu uso pode ser recomendado quando a hemorragia persiste e a perspectiva de tratamento cirúrgico é iminente. A realização de uma angiografia mesentérica seletiva pode detectar o ponto sangrante e permitir a embolização ou a injeção local de vasoconstritores. A cirurgia de urgência deve ser proposta quando não se consegue cessar o sangramento, notadamente nos casos em que persiste a instabilidade hemodinâmica e há necessidade de mais de quatro unidades de hemotransfusão nas primeiras 24 horas, ou de mais de 10 unidades no total. A laparotomia exploradora de emergência, quando complementada por endoscopia intraoperatória, pode orientar ressecções mais precisas e menos mutilantes.

Dengue

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 012

Deve ser realizado por toda categoria da Equipe de Enfermagem e tem como procedimentos ações, dentre outros:

- Acolher o paciente, observando, reconhecendo e descrevendo sinais e sintomas da dengue, ao nível de sua qualificação;
- Verificar sinais vitais:
 - Pulso
 - Temperatura
 - Pressão Arterial em duas posições (deitado, sentado, em pé) para identificação de hipotensão ou postural e pressão arterial convergente.
- Realização de exames
 1. Prova do Laço
 2. Outras coletas de exames.
 3. Em caso suspeito de dengue discutir e encaminhar ao enfermeiro ou médico;
 4. Preencher a Ficha de Investigação Epidemiológica (SINAN) e realizar a notificação em SV2. Obs: Não deixar de colocar na ficha o endereço completo do trabalho ou local de ocupação
 5. Realizar notificação para VISA distrital (via fax e/ou telefone); • Agendar a data de coleta de exames que forem solicitados
 6. Monitorar se o paciente realizou exames e o retorno para acompanhamento. Em caso de falta realizar convocação;
 7. Administrar medicamentos, conforme prescrição médica ou de enfermagem;
 8. Orientar uso dos medicamentos, conforme prescrição médica ou de enfermagem;
 9. Realizar procedimentos de enfermagem (coleta de sangue, punção venosa, etc.).
 10. Realizar orientações de prevenção e controle da dengue;
 11. Realizar busca ativa de casos juntamente com agentes comunitários de saúde;

ATENÇÃO: a sala de espera deverá contar com a presença de profissional que possa oferecer a hidratação precoce, no mínimo DOIS copos de água.

CONSULTA DE ENFERMAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com o Manual de Enfermagem na Dengue (MS 2013, p. 10), a [...] classificação de risco tem por finalidade priorizar o atendimento dos casos de acordo com a gravidade, reduzir o tempo de espera do paciente e organizar o fluxo dos casos suspeitos nas unidades de saúde [...].

Assim, o acolhimento e a classificação de risco devem ocorrer em todas as portas de entrada, reduzindo o tempo de espera, definindo o plano de acompanhamento e a melhor tipologia de cuidado para cada paciente.

A entrevista e o exame físico são etapas essenciais da assistência de enfermagem. Por meio desses, busca-se avaliar o paciente por meio de sinais e sintomas detectando alterações. O exame físico deve ser realizado com revisão minuciosa de todos os segmentos e regiões corporais, de forma sistematizada, no sentido céfalocaudal, utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Tendo como pressuposto que o acolhimento é uma postura e que deve ser desenvolvida por toda equipe multiprofissional que faz o atendimento da demanda espontânea ou casos programáticos, reforçamos que deve priorizar a escuta qualificada do paciente, com favorecimento da avaliação de sua vulnerabilidade e classificação de risco. O atendimento de demanda espontânea realizada por equipe multiprofissional é fundamental para que haja um trabalho resolutivo, humanizado e corresponsável. Tecnicamente considera-se, pela definição de caso, que é suspeito todo paciente que apresenta doença febril

aguda com duração máxima de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sintomas como cefaleia, dor retro orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias. Mas de maneira geral diante de qualquer paciente com febre sem foco de infecção definido a hipótese de dengue deve ser lembrada, podendo ser notificada e investigada mesmo na ausência dos demais sintomas.

A história clínica deve ser detalhada segundo os passos do protocolo e os itens observados devem constar em prontuário e na ficha de investigação epidemiológica (SINAN).

De acordo com os fluxos estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica, todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente.

Prova do Laço:

- ❖ Calcular a Média da Pressão Arterial (MPA)*

$$MPA = \frac{PA \text{ Sistólica} + PA \text{ Diastólica}}{2}$$

- ❖ Insuflar o manguito na MPA ou entre PA sistólica e diastólica por 5 minutos nos adultos e 3 minutos em crianças

- ❖ Após a retirada do manguito aguardar de 2 a 3 minutos para leitura do exame;
- ❖ Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor do polegar) na área de maior concentração de petequias no antebraço.

Positivo se:

*Mais de 20 petequias em adultos

*Mais de 10 petequias em crianças



Cuidado:

- ✓ Hipotensão,
- ✓ Hipotensão postural,
- ✓ Estreitamento da pressão de pulso são sinais de gravidade.

Sinais e sintomas para estadiamento dos grupos³:

<p>SUSPEITA DE DENGUE</p> <p>Febre há menos de 7 dias sem foco definido (sem sangramento, prova do laço negativa, sem fatores de risco, sem sinais de alarme, nem de choque)</p> <p>Azul: Grupo A</p>	<p>SINTOMAS ASSOCIADOS À DENGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • mialgia, • protração • cefaléia e dor retroorbitária • alteração do paladar • diminuição do apetite • exantema • escassez de sintomas respiratórios
<p>SANGRAMENTO NA PELE OU COM FATORES DE RISCO</p> <p>Atendimento preferencial</p> <p>Verde: Grupo B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prova do laço positiva • Petéquias • Fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças auto-imunes
<p>SINAIS DE ALARME</p> <p>Amarelo: Grupo C</p> <p>Atendimento urgente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal intensa e contínua; • Vômitos persistentes; • Hipotensão postural (variação da P.A. sentado/deitado ou sentado/ em pé \geq 20mmHg) • Lipotímia; • Hepatomegalia dolorosa; • Sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena); • Sonolência e/ou irritabilidade; • Diminuição da diurese; • Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia; • Aumento repentino do hematócrito; • Queda abrupta de plaquetas; • Desconforto respiratório.
<p>SINAIS DE CHOQUE</p> <p>Vermelho: Grupo D</p> <p>Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão arterial convergente (PA sist. - PA diast. \geq 20mmHg) • Extremidades frias e cianóticas • Pulso rápido e fino • Enchimento capilar lento ($>$ 2 segundos) • Hipotensão arterial

GRUPO C: Assistência de Enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento.

- Atentar para sinais de choque hipovolêmico; a dor abdominal é um achado importante e pode anteceder o choque constituindo-se num dos principais sinais de choque.
- Identificar a presença de sangramentos
- Observar sinais de irritação, agitação, sonolência.

- Atentar para o risco de convulsões febris em crianças
- Acesso venoso e rigoroso controle da hidratação
- Observar diurese
- Controle rigoroso dos exames laboratoriais
- Observar sinais de desidratação: turgor e elasticidade da pele, diminuição da reserva salivar, pulso filiforme, oligúria.
- Administrar medicações prescritas
- Evitar administrar medicações por via intramuscular
- Controle rigoroso dos sinais vitais

Fratura Exposta

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 013

CONCEITOS BÁSICOS DE TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS:

NO LOCAL DO ACIDENTE

1º atendimento: no local do acidente e conduzidos ao Hospital pelas unidades do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), segundo as regras do Advanced Trauma Life Support (ATLS).

NO AMBULATÓRIO DO PRONTO ATENDIMENTO

- Acolher as fraturas expostas em caráter de emergência;
- Proteger adequadamente a fratura de novas contaminações (cobertura com gaze estéril);
- Avaliação: I – Cirurgia do trauma, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ortopedia:
 1. Identificar lesões;
 2. Coletar história;
 3. Solicitar exames;
 4. Solicitar reserva de sangue quando necessário;
 5. Preencher formulário de atendimento;
 6. Classificar o tipo de fratura segundo Gustilo et al. e Tscherne;
 7. Usar o índice do Mangled Extremity Severity Score para tomada de posição entre a salvação e a amputação do membro.

Obs.: A cirurgia deve ser realizada sempre em bloco cirúrgico (ambiente estéril) dentro das primeiras 6 horas após a fratura.

- Antibioticoterapia venosa. Iniciar no pré-operatório;
- Profilaxia de tétano;
- Exames complementares de rotina para cada tipo de fratura;
- Documentação por imagem digital da lesão e da radiografia.

NO BLOCO CIRÚRGICO

- Anestesia conveniente ao caso;
- Reclassificar a fratura e as lesões de partes moles;
- Decisão por amputação do segmento:
- Solicitar segunda opinião, inclusive do cirurgião vascular;
- Fotografar o membro;
- Enviar a peça de amputação para o IML;
- Assinatura dos médicos avaliadores.
- Realizar o desbridamento – remoção de todos os tecidos desvitalizados, incluindo pele, músculos, ossos e corpos estranhos.
- Irrigação – Limpeza mecânica abundante com soro fisiológico 0,9%, utilizando volume mínimo de 10 litros.
- Estabilização – Fazer a opção mais adequada de fixação. Utilizar sempre que indicado a fixação intramedular precoce. Nas fraturas diafisárias dos MMII evitar ou abolir a TTE.

Obs.:

Fraturas do tipo I de Gustilo: realizar a mesma estabilização das fraturas fechadas. Hastes intramedulares não devem ser frezadas ou ter frezagem mínima do canal.

Fraturas tipo II e III – A: fixar interna ou externamente, sendo a osteossíntese escolhida com base na classificação da fratura, lesões das partes moles, condições do paciente.

Fraturas tipo III-B e III-C:

1° TEMPO: estabilizar com fixador externo biplanar com recursos de correção de desvio de eixo que permita melhor tratamento das partes moles;

2° TEMPO: osteossíntese definitiva dentro do prazo máximo de 15 dias.

- Osteossíntese híbrida com fixação minimamente invasiva pode ser acrescentada nas fraturas epífise/metáfisárias.

- Montagens transarticulares e fixador externo híbrido podem ser opções para as fraturas peri-articulares;
- Fratura exposta da pelve com lesão de alça intestinal: Indicação de fixador externo e colostomia.
- Nas fraturas com lesão arterial ocorrida em menos de 6 horas a osteossíntese deve preceder a revascularização.
- Nas fraturas expostas passíveis de fixação interna, deve-se considerar o segmento ósseo fraturado:
 - *Fraturas articulares e epifisárias*: Fixar rigidamente com placas, parafusos, fios, com técnica minimamente invasiva e pouco implante.
 - *Fraturas metafisárias*: Fixação com placas e na região diafisária a osteossíntese deve ser feita com hastes intramedulares (preferencialmente) ou placas ponte.
 - *Fraturas no membro superior*: Fraturas diafisárias dos ossos longos: usar placas.
- O enxerto ósseo esponjoso não está indicado na fase aguda.

TRATAMENTO DAS PARTES MOLES:

Após o desbridamento inicial com a finalidade de cobrir ossos, tendões, nervos, vasos.

Fechamento primário:

- Nas seguintes condições:
 - Sutura sem tensão;
 - Ausência de espaços mortos, tecidos viáveis, desbridamento completo com ferida limpa. Geralmente as fraturas do tipo I de Gustilo podem ter sutura primária de pele.

Fraturas do tipo II e III:

- Avaliação do cirurgião. Fraturas do tipo III devem ser deixadas abertas. Havendo boas condições o fechamento retardado pode ser feito em 3 a 7 dias. Havendo tecido desvitalizado residual, novos desbridamento devem ser feitos a cada 48-72 horas. O fechamento retardado pode ser realizado com sutura direta, enxerto

livre de pele, retalho local ou retalho distante. Nesses casos, o tratamento das partes moles é assumido pela Clínica de Cirurgia Plástica.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

As fraturas expostas provocadas por projétil de arma de fogo seguem protocolo abaixo:

- Projétil de baixa velocidade, baixa energia e baixo impacto (menos de 500 metros/segundo). Armas civis:
 - Cuidados locais com o ferimento em bloco cirúrgico e tratamento das fraturas com o protocolo indicado para as mesmas como se fossem fraturas fechadas;
 - Protocolo de antibioticoterapia para fraturas Tipo I de Gustilo;
 - Se for realizada fixação interna, deve-se remover o projétil do foco de fratura.
- Projétil de alta velocidade, alta energia e alto impacto (mais de 600 metros/segundo). Armas de guerra, exército:
 - Desbridamento e irrigação usual para fraturas expostas;
 - Busca completa por corpo estranho;
 - Remover projétil intra-articular e do foco de fratura;
 - Osteossíntese externa ou interna de acordo com o caso;
 - Protocolo de antibioticoprofilaxia e antibioticoterapia para fraturas Tipo III de Gustilo; Reparo vascular, se necessário, após a osteossíntese;
 - Tratamento de pele de rotina para fraturas expostas;
 - Déficit neurológico distal isolado não necessita de exploração.

O cirurgião poderá modificar o procedimento levando em conta variáveis como ferimento grosseiramente contaminado, características do projétil, energia cinética, estabilidade, características da entrada, do trajeto percorrido através do corpo e das características biológicas do tecido lesado.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS DA MÃO

- As fraturas expostas da mão são tratadas pela Clínica de Cirurgia da Mão com protocolo próprio;
- Todos pacientes portadores de fratura exposta devem ser internados;

Sepse Grave e Choque Séptico	
<i>Pronto Atendimento</i>	PROTOCOLO: 014

DEFINIÇÃO

Sepse pode ser definida como a resposta sistêmica a uma doença infecciosa (provável ou confirmada), seja ela causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários. (definição antiga) ou uma resposta desregulada a infecção levando a disfunção orgânica (definição atual).

QUADRO CLÍNICO:

- Quadro clínico é bem diverso, variando com gravidade, foco infeccioso, idade do paciente e comorbidades;
- Achados gerais: febre, hipotensão, taquicardia, aumento do tempo de enchimento capilar, taquipneia, dispneia, agitação, confusão mental, oligúria, desconforto abdominal, icterícia e outros.

ETIOLOGIA:

- Hemocultura positiva em aproximadamente 1/3 dos casos;
- Gram negativos 62% das culturas positivas (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella sp*);
- Gram positivos 47% das culturas positivas (*Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae*);
- Principais focos: respiratório, urinário e abdominal.

DIAGNÓSTICO:

Em 2016 publicação do JAMA (SEPSIS 3) sugeriu mudança na definição da sepse. Como ainda não é bem estabelecido aderirmos a essas mudanças, devemos conhecer os 2 conceitos e aplica-los com bom senso.

Usando os critérios do Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2012 e ILAS (Instituto Latino Americano de Sepse) 2015, temos:

- **Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS)**, que é definida por 2 ou mais dos 4 critérios abaixo:
 - Temperatura > 38,3°C ou < 36,0°C (Temperatura central);
 - FC > 90 bpm;
 - FR > 20ipm ou PaCO₂ < 32 mmHg ou necessidade de ventilação mecânica;
 - Leucócitos > 12.000/mm ou < 4.000/mm ou > 10% de formas imaturas. - Sepse: SIRS e infecção documentada ou presumida.
- **Sepse grave**: disfunção orgânica induzida pela própria sepse. Os critérios podem ter pequenas variações conforme a referência, sendo importante conhecer as manifestações clínicas (TABELA 1) e os critérios segundo Surviving Sepsis Campaign 2012 (TABELA 2).

TABELA 1: Manifestações clínicas relacionadas a sepse grave

Cardiovascular	Taquicardia, hipotensão, hiperlactatemia, edema periférico, diminuição da perfusão periférica, livedo, elevação de enzimas cardíacas e arritmias.
Respiratória	Dispneia, taquipneia, cianose e hipoxemia.
Neurológica	Confusão, redução do nível de consciência, delirium, agitação e polineuromiopatias.
Renal	Oligúria e elevação de escórias.
Hematológica	Plaquetopenia, alterações do coagulograma, anemia, leucocitose, leucopenia e desvio a esquerda.
Gastroenterológicas	Gastroparesia, íleo adinâmico, úlceras de stress, hemorragias digestivas, diarreia e distensão abdominal.
Hepáticas	Colestase, aumento de enzimas canaliculares e elevação discreta de transaminases.
Endócrinas e metabólicas	Hiperglicemia, hipertrigliceridemia, catabolismo proteico, hipoalbuminemia, hipotensão por comprometimento suprarrenal e redução dos hormônios tireoidianos.

TABELA 2: Critérios de sepse grave segundo Surviving Sepsis Campaign - 2012

• Hipotensão induzida pela sepse (PAS < 90mmHg ou PAM < 60mmHg ou queda de 40mmHg sobre a basal)
• Lactato acima dos valores normais
• PaO ₂ /FiO ₂ < 250 na ausência de pneumonia ou < 200 na presença de pneumonia
• Creatinina > 2,0mg/dL ou Débito urinário < 0,5ml/kg/h por mais de 2h após ressuscitação volêmica adequada
• Bilirrubina > 2mg/dL
• Plaquetas < 100.000/mm ³
• INR > 1,5

Choque séptico: sepse grave com hipotensão arterial refratária à reposição volêmica, sendo necessário uso de drogas vasoativas.

COMO SUSPEITAR DE SEPSE?

- Suspeita clínica pela história e exame OU ter 2 de 3 critérios do Quick SOFA (FR ≥ 22rpm; alteração mental; PAS ≤ 100mmHg).
- Tendo suspeita, aplica-se o SOFA (TABELA 3). Sepse será um aumento de pelo menos 2 pontos em relação ao SOFA basal do paciente;
- Choque séptico na nova proposta seria PAM < 65mmHg, com necessidade de drogas vaso-ativas E lactato elevado;

TABELA 3: SOFA (Organ Failure Assessment Score)

	0	1	2	3	4
Pa O ₂ /FiO ₂	≥ 400	300 a 399	200 a 299	100 a 199	< 100
Plaquetas(x10 ³ µL)	≥ 150	100 a 149	50 a 99	20 a 49	< 20
Bilirrubinas(mg/dL)	< 1,2	1,2 a 1,9	2 a 5,9	6 a 11,9	≥ 12
Pressão	PAM ≥ 70mmHg	PAM < 70mmHg	Dopa ¹ ≤ 5 ou uso dobutamina	Dopa ¹ 5,1 a 15 ou nora ² ≤ 0,1	Dopa ¹ > 15 ou nora ² > 0,1
Glasgow	15	13 ou 14	10 a 12	6 a 9	< 6
Creatinina (mg/dL) e/ou diurese (mL/dia)	Cr < 1,2	Cr 1,2 a 1,9	Cr 2 a 3,4	Cr 3,5 a 4,9 ou diurese < 500	Cr ≥ 5 ou diurese < 200

1- Dopa = dopamina em mcg/Kg/min; 2- Nora = noradrenalina em mcg/Kg/min

EXAMES COMPLEMENTARES:

➤ Gerais

- Hemograma completo;
- Ureia e Creatinina e Eletrólitos;
- Glicemia;
- TP, TTPa. Caso suspeite de CIVD, incluir fibrinogênio e d-dímero o bilirrubina;
- Gasometria arterial e Lactato;
- Proteína C reativa;
- Urina Rotina;
- Raio X de tórax.

➤ Culturas

- Colher pelo menos 2 Hemoculturas antes do início de antibioticoterapia (caso a coleta possa atrasar o antibiótico, dar preferência para a medicação);
- Outras culturas podem ser colhidas a depender da suspeita clínica.

TRATAMENTO:

Medidas Gerais:

- Obter acesso venoso, suplementação de oxigênio e monitorização;
- Ressuscitação inicial seguindo o pacote das 3 e 6 horas (veja TABELA 4). Após isso, novo lactato e reavaliação para discutir as próximas medidas.

TABELA 4: PACOTE DAS 3 HORAS E PACOTE DAS 6 HORAS

PACOTE DAS 3 HORAS	
-	Coleta de lactato sérico para auxiliar na avaliação da perfusão (lembrar de avaliar também com outras técnicas, como tempo de enchimento capilar, frequência cardíaca e outros)
-	Coleta de hemocultura antes de iniciar antibiótico (se for atrasar medicação, pode coletar após)
-	Iniciar antibiótico de largo espectro na primeira hora por via endovenosa
-	Reposição volêmica precoce com cristalóide em paciente com hipotensão ou lactato inicial alterado ou com outros sinais de gravidade (se tolerar, pelo menos 30mL/Kg)
PACOTE DAS 6 HORAS	
-	Uso de vasopressor se mantiver PA baixa após volume (meta PAM > 65mmHg)
-	Reavaliar volemia: Usar o máximo de informações possíveis, como diurese (0,5mL/Kg/h), frequência cardíaca, perfusão tecidual, gasometria venosa central (meta 70%), PVC (8 a 12mmHg ou 11 a 16cmH ₂ O extubado; 12 a 15mmHg ou 16 a 20cmH ₂ O se ventilação mecânica); Ultrassom; resposta volêmica dinâmica com leg raise/fluid challenge e outros.
-	Reavaliar lactato (nos que tinham esse exame inicial alterado) após as medidas iniciais (meta clearance de 10%)
-	Com esses dados, discutir no final das 6 horas otimizar vasopressor, iniciar novo vasopressor, fazer dobutamina ou prescrever mais volume.

Medidas Específicas:

Antibióticoterapia

- Antibióticoterapia de amplo espectro (< 1 hora a admissão);
- A escolha do antibiótico depende do sítio de infecção, do uso prévio de antimicrobianos, comorbidades, patógenos locais.
- Deve ser reavaliado diariamente para possível descalonamento.
- Se houver suspeita que o acesso venoso seja a fonte de infecção, esse deve ser removido imediatamente.
- Se houver suspeita de abscesso, drenar o mais breve possível (sugere-se nas próximas 12 horas de internação).

Reposição volêmica

Colóide sintético: não utilizar;

- Cristalóide: 30mL/kg (objetivar pelo menos esse volume, mas pode usar mais ou menos conforme reavaliação da volemia).

Terapia vasopressora

- É recomendada quando não se atinge o alvo da PAM, após a reposição volêmica;
- Noradrenalina é a droga de escolha;
- Adrenalina pode ser associada, quando for necessário um agente adicional para manter PAM. A vasopressina é uma opção.
- Noradrenalina: 0,01 a 2mcg/kg/min;
- Vasopressina: 0,01 a 0,04U/min;
- Adrenalina: 0,005 a 0,1mcg/kg/min.

Terapia inotrópica

- É recomendada caso haja evidência de disfunção do miocárdio ou sinais de hipoperfusão apesar da PAM e volume intravascular otimizados (podemos usar saturação venosa central, clearance de lactato ou outros parâmetros para avaliar).
- Dobutamina: 2,5 a 15 mcg/kg/min.

Corticoterapia

- Indicado quando choque refratário;
- Hidrocortisona: 200mg/d preferencialmente em infusão contínua.

Hemoderivados

- Concentrado de hemácias: Indicado se Hb < 7,0 g/dl, na ausência de IAM, hipoxemia severa, hemorragia aguda. Objetivo é um Hb entre 7,0 e 9,0.
- Transfusão de plaquetas:
 - < 50.000 – se sangramento ativo, cirurgia ou procedimento invasivo.
 - < 20.000 – se risco de sangramento.
 - < 10.000 – profilático.
- Plasma:

- INR > 1,5 – considerar 10mL/Kg se CIVD e sangramento ou se procedimento invasivo Ventilação Mecânica.
- Sedação:
 - Tanto na sedação contínua, como na intermitente deve-se utilizar a menor dose possível.
 - Caso optado por sedação contínua recomenda-se realizar o despertar diária.
- Bloqueador neuromuscular:
 - Deve ser evitado em pacientes sem SARA.
 - Se necessário, tanto o uso contínuo como bolus intermitente podem ser usados.

Controle da glicemia.

- Manter glicemia < 180mg/dL e evitar hipoglicemia.
- Deve ser monitorizada a cada 1 ou 2 horas até os valores ficarem estáveis, então passar para 4 em 4 horas.

Nutrição

- A dieta (oral ou enteral) deve ser iniciada nas primeiras 48h.
- Na primeira semana evitar fornecer todo aporte calórico, manter 500cal por dia e ir progredindo a dieta conforme tolerado.

Prevenção

- Prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. Descontaminação oral: Gluconato de clorexidina.
 - Cabeceira elevada;
 - Aspiração e cuidados com o tubo.
 - Em paciente sem abertura ocular, usar hipromelose;
 - TVP;
 - HBPM é a droga de escolha, caso haja contra-indicações à HBPM utilizar HNF. Se houver contra-indicação ao uso de heparinas, utilizar dispositivos de compressão pneumática.

- Enoxaparina: 40 mg subcutânea uma vez ao dia;
- HNF: 5000UI subcutânea 12/12h (preferir em lesão renal aguda).
- Na sepse grave/choque séptico pode-se associar dispositivos de compressão pneumática à terapia farmacológica.
- Úlcera de estresse;
- Inibidor de bomba de prótons é a droga de escolha Omeprazol: 40mg EV uma vez ao dia Metas definidas:
- PAM > 65mmHg;
- Saturação venosa central > 70%;
- Diurese > 0,5mL/Kg/h;
- Clearance de lactato após medidas iniciais de 10%;
- PVC de 8 a 12mmHg (11 a 16cmH₂O) ou 12 a 15mmHg (16 a 20cmH₂O) se ventilação mecânica).
- Gap CO₂ (CO₂ arterial – CO₂ venoso) < 6;
- Controlar glicemias, mantendo abaixo de 180, mas evitando hipoglicemia;
- Redução da frequência cardíaca; da frequência respiratória; do tempo de enchimento capilar; Melhora da relação PaO₂/FiO₂; evitar hipo ou hipertermia;
- SUSPEITAR PRECOCE DE SEPSE e fazer antibiótico na primeira hora de internação!
- Seguir os pacotes iniciais de tratamento (pacote das 3 horas e das 6 horas -

Queimadura	
<i>Pronto Atendimento</i>	PROTOCOLO: 015

CONCEITO

Para Dassie e Alves (2011), o termo queimadura é definido como uma lesão, geralmente restrita à pele, decorrente da aplicação de calor ao corpo que varia de gravidade dependendo do agente causador. Conforme Lopes Júnior e Prestes (2008), queimadura é toda lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos que agem na pele, destruindo-a parcial ou totalmente e podendo atingir tecidos mais profundos, como: subcutâneo, músculo, tendão e osso.

CLASSIFICAÇÃO

Para Fernandes Júnior et al (2006), existem diversos aspectos que devem ser levados em consideração na hora de classificar uma queimadura, uma vez que colaboram na escolha do tratamento e identificam a gravidade do caso, tais como: agente causal, profundidade da queimadura, extensão da área corporal queimada, gravidade e etiologia da lesão. Para Fernandes Júnior et al (2006), as queimaduras caracterizam-se por:

Agente Causal

- **Escaldo:** causa mais frequente de queimaduras tendendo a ser mais grave nas regiões com roupas e com líquidos mais espessos;
- **Chama:** a segunda causa mais frequente e quando atinge as roupas geralmente causa queimaduras mais profundas;
- **Flash burn (explosões):** atinge temperaturas muito elevadas causando queimaduras profundas, porém as roupas não incendeiam, conferindo proteção;

- **Contato:** geralmente causadas pelo contato com metais, plásticos e carvão, apesar de profundas, tende a ser restrito a pequenas áreas;
- **Elétrica:** aquela que ocorre em razão da alta intensidade de calor e da explosão das membranas celulares quando o calor convertido é diretamente proporcional à amperagem da corrente e da resistência do local por onde passou esta corrente. Apesar da aparência da lesão da pele ser restrita, há grande destruição das estruturas abaixo da pele e proximidades devendo ser consideradas mais graves, o que demanda uma atenta monitorização cardíaca e urinária;
- **Química:** causada mais frequentemente por ácidos ou álcalis em acidentes de trabalho que ocasionam uma lesão progressiva até o agente ser totalmente removido, preferencialmente por água abundante.

Profundidade da Queimadura

- **Queimadura de 1º Grau:** apresenta eritema associado à dor. O grau de destruição celular limita-se às camadas superficiais da epiderme;

Principal Sinal: Eritema Principal Sintoma: Dor

- **Queimadura de 2º Grau:** abrange queimadura parcial superficial e parcial profunda. As Queimaduras Parciais Superficiais ou Segundo Grau Superficial atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Apresenta edema intersticial com extravasamento de líquido e resulta na formação de bolhas sobre a pele avermelhada, com dor que varia de moderada para forte intensidade e umidade. As Queimaduras Parciais Profundas ou Segundo Grau Profundo atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Existe tecido necrosado, geralmente não há bolhas e a dor é de menor intensidade;

- **Superficial**

Principal Sinal: Eritema/Bolha

Principal Sintoma: Dor/Choque

- **Profundo**

Principal Sinal: Branca Nacarada

Principal Sintoma: Choque

- **Queimadura de 3º Grau:** todas as camadas da pele, incluindo músculos e vasos sanguíneos, são atingidas. A pele fica esbranquiçada, com coloração avermelhada viva, acastanhada ou carbonizada, ocorrendo uma ausência de dor devido à destruição dos nervos.

Principal Sinal: Carbonização

Principal Sintoma: Choque Grave

Extensão da área corporal queimada

Regra dos Múltiplos: constitui-se de uma maneira rápida para estimar a extensão das queimaduras.

O sistema atribui percentual em múltiplos de NOVE para Adultos e em múltiplos de ONZE para Crianças às principais superfícies corporais;

- **Método de Lund-Browder:** método mais exato de estimar a extensão de uma queimadura que auxilia na visão global do paciente, levando em conta a lesão de primeiro, segundo e terceiro grau e a porcentagem total de Área de Superfície Corporal Total.
O método de Lund-Browder considera as proporções do corpo em relação ao crescimento e à idade.
- **Método da Palma:** empregado para estimar a extensão das queimaduras, considerando que o tamanho da palma do paciente é de aproximadamente 1% da Área de Superfície Corporal Total.

Gravidade da Lesão

- **Pequeno Queimado:** 1º e 2º Grau até 10% da SCQ;

- Médio Queimado: 1° e 2° Grau entre 10 e 25%SCQ, 3° Grau até 10%SCQ e Queimadura de mãos, pés ou face;
- Grande Queimado: 1° e 2° Grau entre 26% SCQ, 3° Grau acima de 10% SCQ, Queimaduras de períneo, Queimaduras elétricas, Queimaduras das vias aéreas e presença de comorbidades (lesão inalatória, politrauma, trauma crânio encefálico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consuptivas e síndrome compartimental).

Etiologia da Lesão

- Queimadura Simples: lesão resultante da ação do calor, cuja fonte térmica é de pequena intensidade com redução do tempo de atuação (líquidos aquecidos e substâncias inflamáveis).
- Queimadura Complexa: quando a lesão resulta não só da ação térmica, mas também da atuação de outros agentes agressivos (corrente elétrica, substâncias químicas e radiações ionizantes). Geralmente apresentam alto índice de sequelas, como amputações e retrações de tecidos.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Emergência:

- Tratamento Imediato de Emergência
- Interromper o processo de queimadura
- Remover roupas, joias, anéis, piercings e próteses
- Cobrir as lesões com tecido limpo
- Avaliar a dor do paciente
- Tratamento na Sala de Emergência – conforme a classificação:
A – Airway - Vias Aéreas:
 - Avaliar a presença de corpos estranhos;
 - Verificar e retirar qualquer tipo de obstrução.

B- Breathing -Respiração:

- Aspirar vias aéreas superiores, se necessário;
- Manter a cabeceira elevada (30°);
- Administrar oxigênio a 100% (máscara umidificada) e, na suspeita de intoxicação por monóxido de carbono, manter a oxigenação por três horas. Suspeita de lesão inalatória: queimadura em ambiente fechado com acometimento da face, presença de rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, dispneia, queimadura das vibrissas, insuficiência respiratória (necessidade de intubação oro traqueal).

C – Circulation - Circulação:

- Avaliar se há queimaduras circulares no tórax, nos membros superiores e inferiores;
- Verificar a perfusão distal e o aspecto circulatório (oximetria de pulso);
- Obter preferencialmente acesso venoso periférico e calibroso, mesmo em área queimada, e somente na impossibilidade desta utilizar acesso venoso central.

D – Disability - Disfunção Neurológica e/ou Comorbidades:

- Avaliar traumas associados, doenças prévias ou outras incapacidades e adotar providências imediatas;
- Instalar cateter vesical de demora para o controle do volume da diurese nas queimaduras em área corporal superior a 20% em adultos e 10% em crianças.

E – Exposition - Exposição:

- Expor a área queimada.

SEQUÊNCIA OPERACIONAL DE ROTINA

Fase Imediata – Ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o primeiro desbridamento da pele (deve ser realizado em, no máximo 24h)
Oxigenação:

- Observar sinais de dificuldade respiratória (comum em queimaduras de vias aéreas), como face, lesão de supercílios e vibrissas nasais, depósito de fuligem na orofaringe, fuligem no escarro, além de história de queimadura em ambiente fechado. A presença destes sinais indica IOT, medidas de suporte ventilatório e que o paciente deve ser transferido imediatamente para um Centro de Tratamento de Queimados ou Unidade de Terapia Intensiva;
- Verificar oximetria de pulso;
- Aferir frequência respiratória periodicamente;
- Comunicar dispneia, cianose de extremidades e tosse;
- Manter cabeceira elevada (30 graus);
- Manter hiperextensão da região cervical.

Percepção Dolorosa:

- Aplicar compressas frias ou mergulhar a área em água corrente clorada no paciente pequeno queimado, para alívio da dor inicial, reduzindo a formação do edema. Em paciente médio e grande queimado, aplicar compressas frias nas áreas lesionadas, se possível;
- Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em paciente pequeno e médio queimado, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao paciente grande queimado somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica e, após o início da reposição volêmica.

Terapêutica:

- Dar preferência para puncionar dois acessos venosos periféricos (cateteres flexíveis nº 18 (e/ou 20) nas primeiras horas de internação, em paciente pequeno e médio queimado, sempre que possível. Deve-se fazer a punção venosa em área de pele íntegra, na impossibilidade, puncionar em área de pele lesionada (queimadura de 1º grau) e realizar a fixação com sutura utilizando fio de náilon, sendo posteriormente ocluído à semelhança do restante das lesões.

- Providenciar para o paciente grande queimado dois acessos venosos, sendo um para drogas vasoativas (profundo) e para medida de pressão venosa central, e outro para hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados;
- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película;
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta;
- Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril;
- Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente.

Regulação:

Térmica

- Verificar e controlar a temperatura corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente.
- Evitar a exposição do paciente por tempo maior que o necessário.

Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente;
- Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme protocolo.

Hormonal

- Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar insulino terapia por via intravenosa e/ou via subcutânea, conforme prescrição médica.

Hidroeletrolítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema;
- Manter o paciente no leito com a cabeceira elevada (30 graus);
- Manter os membros superiores e inferiores queimados elevados;
- Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente.

Hidratação/Nutrição:

- No paciente pequeno queimado, iniciar alimentação oral e ingesta hídrica nas primeiras horas (esta conduta pode ser mantida em lesões de face);
- No paciente médio e grande queimado iniciar nutrição enteral entre 48 e 72 horas, com cateter em posicionamento gástrico, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua.
- Priorizar a nutrição enteral e na impossibilidade desta, a parenteral não deve ser descartada, porém esta deve ser evitada nas primeiras 48 horas após o trauma.

Eliminações:

Gastrointestinal

- Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou êmese. Manter um cateter gástrico para esvaziamento da cavidade abdominal;

Urinária

- Registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea;
- Realizar o cateterismo vesical e controle horário da urina para avaliar resposta à hidratação venosa nas primeiras 24 horas, no médio e grande queimado.

Intestinal

- Comunicar e verificar a frequência e características das fezes.

Higiene Corporal:

- Retirar as roupas e acessórios: anéis, brincos, pulseiras, colares e iniciar a limpeza de áreas lesadas, com retirada dos tecidos desvitalizados e restos de produtos carbonizados sobre as lesões, como plásticos, tecidos, náilon e outros;
- Auxiliar e/ou encaminhar o paciente pequeno queimado ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada;
- Realizar o banho no leito ao paciente médio e grande queimado com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada.

Higiene Oral:

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio quatro vezes ao dia (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), ao paciente em ventilação espontânea;
- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia no paciente em ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril.

Integridade Cutâneo-mucosa:

- Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada;
- Realizar o curativo com compressa cirúrgica e atadura de crepom, de maneira suave, utilizando como terapia tópica de primeira escolha a pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas, no caso de exsudação em excesso) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas), com exceção da região da face; Em queimaduras da região da face, utilizar ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e colagenase creme para queimadura de 2º ou 3º grau;

- Calçar as mãos do paciente com luvas cirúrgicas sem talco, umedecidas com ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de 2º ou 3º grau. Os dedos das mãos e pés deverão ser separados, um a um, umedecidos com ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de 2º ou 3º grau;
- Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de 2º grau.

Integridade Física:

- Manter colchão pneumático (ou piramidal) para os pacientes queimados;
- Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona;
- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado;
- Utilizar a Escala de Braden.

Mobilidade e Locomoção:

- Orientar e realizar o posicionamento funcional, mantendo os segmentos corporais sempre afastados, preferencialmente em extensão e abdução;
- Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa a cada seis horas e/ou passiva no leito com intervalos de horários conforme o quadro clínico.

Sono e Repouso:

- Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno.

Fase Intermediária - Ações iniciadas após o 1º desbridamento até a enxertia da pele

Oxigenação:

- Verificar e controlar a saturação de oxigênio do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, por meio do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro;
- Verificar e controlar a frequência respiratória do paciente pequeno, médio e grande queimado que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro;
- Verificar e comunicar a ocorrência de dispneia, cianose de extremidades e tosse, do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de oxigenioterapia, mantendo a cabeceira elevada (30 graus) e hiperextensão da região cervical
- Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado e no caso de IOT, realizar aspiração oro-endotraqueal, sempre que necessário;
- Verificar e avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado, e no caso da traqueostomia, realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário.
- Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente.

16. Bronquiolite

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 016

BRONQUIOLITE

1. INTRODUÇÃO

A Bronquiolite Aguda (BA) é um distúrbio do aparelho respiratório bastante frequente e grave que acomete crianças jovens nos dois primeiros anos de vida (sendo encontrada em crianças até 2-3 anos de idade). Seu pico de incidência ocorre abaixo dos 12 meses de idade e tem um padrão epidêmico com prevalência no outono e no inverno, sendo, nesse período, a causa mais frequente de hospitalização de lactentes. Inicia-se com os sintomas das infecções virais das vias aéreas superiores (febre e coriza), que progredem em quatro a seis dias, evoluindo para o acometimento das vias aéreas inferiores (tosse e chiado). Em geral, é uma doença autolimitada, com uma taxa de mortalidade baixa (< 1%), embora possa ser mais elevada (30%) em grupo de crianças cardiopatas de alto risco (prematuros com displasia broncopulmonar e imunocomprometidos, desnutridos, entre outros), em que está associada à doença prolongada e ao maior risco de óbito. Crianças com idade inferior a seis meses apresentam risco de doença grave decorrente da BA. A doença é sazonal e coincide com as epidemias de infecções secundárias a patógenos respiratórios virais. Leva à inflamação e à obstrução dos bronquíolos. O agente etiológico mais frequente é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), mas a BA também pode ser ocasionada por parainfluenza, adenovírus, influenza, Mycoplasma pneumoniae, rinovírus, Chlamydia pneumoniae, metapneumovírus humano e coronavírus.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As características iniciais da doença são: rinorreia abundante e tosse “apertada” associada à aceitação inadequada de alimentos (quatro a seis dias após o início dos sintomas). A presença de febre varia de acordo com o patógeno, e lactentes infectados pelo VSR estão frequentemente febris no momento da consulta; naqueles com influenza ou parainfluenza, a febre

normalmente é maior do que 39 °C. Estão presentes taquipneia, hipóxia leve a moderada e sinais de desconforto ventilatório (batimento de asa do nariz e retrações da musculatura ventilatória acessória). No exame, podem ser encontrados chiado, crepitações ou roncosp, expansão torácica diminuída (padrão ventilatório apical) e fase expiratória prolongada. Outros achados observados são conjuntivites, otite média e rinite. Muitos apresentam o abdome distendido devido à hiperinsuflação dos pulmões. Na ausência de sintomas prévios de vias aéreas superiores, sugere-se que crianças com chiado de início agudo possam ter BA. Este diagnóstico deve ser considerado para crianças recém-nascidas com anormalidades (exemplo: doença cardíaca congênita). O refluxo gastroesofágico (RGE), a pneumonia aspirativa ou a aspiração de corpo estranho podem mimetizar os sintomas de BA.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Lactentes frequentemente apresentam uma leve leucocitose, embora o diferencial dos leucócitos seja normal. A hipóxia pode ser observada, e a retenção de CO₂ pode ocorrer nos casos graves. Os vírus podem ser detectados em amostras de aspirados nasofaríngeos pela visualização de anticorpos por fluorescência indireta, reação de cadeia da polimerase, radioimunoensaio ou cultura viral. Os resultados dos testes de diagnóstico viral devem ser utilizados para limitar o uso inadequado de antibióticos. Os achados radiológicos encontrados são: hiperinsuflação, infiltrados grosseiros tipicamente migratórios e atribuíveis a atelectasias pós-obstrutivas, e preenchimento peribrônquico. A BA não é uma doença dos espaços alveolares e, caso haja um infiltrado verdadeiro, deve-se suspeitar de uma pneumonia de origem bacteriana secundária.

4. TRATAMENTO

A análise clínica permanece sendo o critério padrão-ouro para a admissão hospitalar de crianças com BA e não pode ser substituído por critério objetivo. A saturação arterial de oxigênio (SaO₂) é o preditor clínico mais consistente para avaliar a piora clínica (variando o ponto de corte entre 90% e 95%); porém, a maioria das crianças nessa variação de SaO₂ apresenta boa evolução clínica. Idade inferior a três meses, história clínica de doenças prévias, SaO₂,

frequência respiratória (FR) e esforço cardioventilatório devem ser observados. A SaO₂ maior ou igual a 93% não é determinante para admissão hospitalar. A SaO₂ < 92%, a prematuridade, recém-nascidos com idade gestacional inferior a 34 semanas, FR > 70 incursões respiratórias por minuto (irpm), atelectasia pulmonar e idade inferior a três meses estão associados com a doença mais grave (definida como incapacidade da criança em manter-se ativa e alerta ou bem hidratada). A SaO₂ < 92% é o preditor mais objetivo de gravidade. Geralmente, FR > 80 cpm e hipóxia com SaO₂ < 85% são preditores de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

4.1. Hidratação e oxigenação

Tratamento fundamental: hidratação e oxigenação adequadas, oferecendo líquidos por via oral / enteral ou, na impossibilidade desta, por via intravenosa. A SaO₂ deve ser mantida maior do que 92%. Essas medidas, associadas à monitorização adequada, constituem o tratamento de suporte aceito nos mais variados centros.

4.2. Beta-2 agonistas

A utilização dos beta-2 agonistas (0,15 mg/kg) segue sem evidências científicas definidas, mas, no contexto clínico, continua sendo uma prática quase universal. Entretanto, deve ser suspensa caso 60 minutos após a inalação da droga não ocorra melhora ou ocorra piora clínica. Na infecção por VSR, a redução do diâmetro da via aérea e o chiado são decorrentes de pelo menos quatro causas: aumento da produção de secreção, projeção do epitélio lesado da via aérea para o lúmen, edema de mucosa e intersticial, e broncoconstrição mediada por possíveis mecanismos humorais ou neurogênicos, sendo que a contribuição de cada um desses fatores é variável entre os pacientes, particularmente no que se refere à broncoconstrição. Os beta-2 agonistas agem apenas na broncoconstrição, sendo mais efetivos quanto maior for a contribuição desta. A terapêutica com broncodilatadores é mais eficaz no estágio inicial da infecção, momento em que as pequenas vias aéreas não estão obstruídas com secreções e debris celulares.

4.3. Corticoide inalatório e sistêmico

Esta é uma terapêutica controversa, não sendo indicada para o tratamento de BA leve ou moderada. Uma revisão sistemática não demonstrou nenhum benefício do uso dos corticosteroides no manejo da BA. Para as crianças graves, submetidas à ventilação pulmonar mecânica (VPM), pode haver benefícios com a utilização de corticoides; porém, eles provavelmente não previnem o broncoespasmo recorrente após a doença. A fisiopatologia da infecção ocasionada pelo VSR sugere que a ação anti-inflamatória dos corticosteroides pode ser uma terapêutica efetiva; entretanto, as pesquisas efetuadas até o momento não justificam a utilização desta terapêutica, pois não foi demonstrada alteração nos achados clínicos, na admissão hospitalar e no tempo de internação hospitalar.

Profilaxia

Medidas utilizadas na prevenção da infecção pelo VSR: utilização de vacinas (imunização ativa) e de imunoglobulinas por via intravenosa. Os esforços para se obter uma vacina efetiva persistem, sem a obtenção de resultados até o momento. A imunização passiva pode ser realizada com anticorpos monoclonais (palivizumabe) contra o VSR (dose intramuscular: 15 mg/kg/dose uma vez por mês durante os meses epidêmicos). A eficácia da imunização passiva é de 1/200; reduz as taxas de hospitalização em 55% pelo VSR.

5. REFERÊNCIA

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C.; FONSECA, M. C. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. In: Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2007, vol. 53, n. 2, p.182-188. Disponível em: . Acesso em: mar. 2017.



DESDE 2013 FAZENDO GESTÃO EM SAÚDE COM QUALIDADE

SEDIADA NA ALAMEDA POLÔNIA, N° 666, B. CITY BARRETOS, BARRETOS-SP, CEP 14.784-039

INSCRITA NO CNPJ: 17.795.008/0001-94 E NO CREMESP SOB O N°.: 999467

FUNDAÇÃO: 07 DE JANEIRO 2013

17. Crise Asmática

Pronto Atendimento

PROTOCOLO: 017

1. INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores. Clinicamente, caracteriza-se por aumento da responsividade das vias aéreas a variados estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de caráter recorrente e tipicamente reversível. No Brasil, estima-se a prevalência da asma em torno de 10%. Estudo realizado nas cidades de Recife, Salvador, Itabira, Uberlândia, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, concluiu que 13,3% das crianças na faixa etária de 6 a 7 anos e 13 a 14 anos eram asmáticas. Conforme dados do DATASUS, em 2008 a asma foi a 3ª causa de internação hospitalar pelo SUS, com cerca de 300 mil hospitalizações ao ano.

Apesar de serem apenas 5%-10% dos casos de asma, pacientes com asma grave apresentam maior morbimortalidade relativa, e são responsáveis por um consumo desproporcionalmente alto dos recursos de saúde em relação aos grupos de menor gravidade. Portadores de asma grave não controlada procuram 15 vezes mais as unidades de emergência médica e são hospitalizados 20 vezes mais que os asmáticos moderados.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- J45.0 Asma predominantemente alérgica
- J45.1 Asma não alérgica
- J45.8 Asma mista

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de asma se dá mediante a identificação de critérios clínicos e funcionais, obtidos pela anamnese, exame físico e exames de função pulmonar (espirometria). Em crianças até os cinco anos o diagnóstico é eminentemente clínico, pela dificuldade de realização de provas funcionais. Outros diagnósticos devem ser adequadamente excluídos. A doença se caracteriza pelos seguintes achados clínicos:

À anamnese:

Sintomas recorrentes de obstrução das vias aéreas, como chiado no peito (sibilos), tosse, dificuldade para respirar, aperto no peito;

Estes sintomas podem:

- ocorrer/piorar à noite ou pela manhã ao despertar; ou
- ocorrerem ou piorarem com exercício, infecção respiratória, exposição a alérgenos/irritantes inalatórios (verificar o perfil ocupacional), mudanças climáticas, riso ou choro intensos, estresse, ciclo menstrual.

Ao exame físico:

Sinais de obstrução das vias aéreas, como sibilos expiratórios, hiperexpansão pulmonar e tiragem intercostal; Estes sinais podem ser:

- de rinite alérgica; ou
- de dermatite atópica/eczema.

O exame físico pode ser normal no período intercrises, o que não exclui o diagnóstico de asma.

À avaliação funcional/laboratorial:

Os exames de função pulmonar informam sobre a intensidade da limitação ao fluxo aéreo, sua reversibilidade e variabilidade. A espirometria é útil para diagnóstico, avaliação da gravidade, monitorização e avaliação da resposta ao tratamento. A espirometria deve ser utilizada a partir dos 5 anos. O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pós-broncodilatador é o melhor parâmetro espirométrico para avaliar mudanças em longo prazo na função pulmonar, sendo um indicador de progressão da doença. A medida do pico de fluxo expiratório (PFE) serve para avaliar a variabilidade da obstrução; auxilia a monitorização clínica e a detecção precoce de crises, especialmente em

pacientes com baixa percepção dos sintomas de obstrução. É também útil no diagnóstico de asma ocupacional.

- Espirometria (a partir dos 5 anos) demonstrando limitação ao fluxo aéreo de tipo obstrutivo, variável: VEF1/capacidade vital forçada (CVF) menor que 80%, com reversibilidade (resposta significativa ao broncodilatador), definida por aumento do VEF1 após inalação de beta-2 agonista de curta duração (400 mcg de salbutamol/fenoterol, após 15 a 30 minutos) de pelo menos:
 - 7% em relação ao valor previsto e pelo menos 200 mL em valor absoluto ou
 - 12% em relação ao seu valor pré-broncodilatador e pelo menos 200 mL em valor absoluto
- Teste de broncoprovocação positivo (acima de 5 anos): O teste para demonstração de hiperresponsividade brônquica pode ser usado no processo diagnóstico, havendo suspeita clínica (sintomas compatíveis) e espirometria normal; deve ser realizado em serviços especializados.

Em exacerbações ou na asma grave pode não haver reversibilidade. A espirometria pode ser normal no período intercrises na asma leve.

A avaliação funcional pulmonar completa, incluindo volumes e capacidades pulmonares, difusão pulmonar e curva fluxo-volume, deve ser realizada na presença de distúrbio ventilatório grave na espirometria, hipoxemia crônica ou ainda com manifestações clínicas desproporcionais ao grau de obstrução pela espirometria. Exames de função pulmonar devem ser realizados por profissionais devidamente capacitados.

O diagnóstico diferencial no adulto inclui doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquite aguda, fibrose cística, bronquiectasias, pneumonia eosinofílica, insuficiência cardíaca, obstrução de vias aéreas por corpo estranho ou tumor, doença do pânico, disfunção de prega vocal e síndrome de Churg-Strauss, entre outras. Quanto à DPOC, é recomendada a diferenciação diagnóstica sempre que possível, uma vez que diferenças fisiopatológicas, clínicas e prognósticas entre as doenças influenciam a escolha de medicamentos e o seu tratamento em longo prazo.

Para exclusão de outros diagnósticos conforme suspeita clínica pode ser indicado exame radiológico simples de tórax.

Fatores desencadeantes ou agravantes: Além dos critérios clínicos e funcionais, avaliação complementar deve ser conduzida para identificar fatores que influenciam a evolução, a tolerabilidade e resposta ao tratamento. Estes incluem comorbidades, exposições a alérgenos/irritantes respiratórios, uso de medicamentos ou drogas ilícitas, hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, e situações especiais como gestação e extremos de idade. Especial atenção deve ser dada à ocorrência de rinosinusite, doença do refluxo gastroesofágico e polipose nasal. Rinite alérgica deve ser controlada, sendo o tratamento farmacológico mais eficaz para esta indicação os corticóides tópicos nasais. Intolerância ao ácido acetilsalicílico deve ser identificada. Aspergilose broncopulmonar alérgica deve ser considerada em pacientes com asma de difícil controle. A asma ocupacional deve ser pesquisada em adultos, devendo a anamnese incluir a história ocupacional do doente.

O status tabágico deve ser avaliado, pois o tabagismo ativo em asmáticos está associado a obstrução persistente de vias aéreas, perda acelerada de função pulmonar e redução na resposta aos corticosteroides. Aconselhamento anti-tabágico deve ser dirigido a todos os asmáticos. Deverão ser avaliados fatores de risco cardiovascular, bem como identificar e tratar obesidade. Sedentarismo deve ser combatido.

Em crianças abaixo de cinco anos, várias condições podem se apresentar com sintomas obstrutivos de vias aéreas, frequentemente de caráter intermitente e transitórios, sendo recomendado um cuidadoso processo de diagnóstico diferencial, a fim de se excluir outros diagnósticos como fibrose cística, malformações de vias aéreas, bronquiolite obliterante pós-infecciosa, aspiração de corpo estranho, entre outras. Nessa faixa etária o diagnóstico se faz basicamente por anamnese e exame físicos detalhados, considerando a presença de fatores de risco para a doença. A partir dos 5, anos provas de função pulmonar esforço-dependentes, essencialmente espirometria e pico de fluxo expiratório, passam a ter maior utilidade para diagnóstico e monitorização clínica.

A avaliação da gravidade da asma é definida a partir de sintomas e dos achados de função pulmonar

(Quadro 1).

Quadro 1: Classificação da gravidade da asma

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	GRAVIDADE (*)			
	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	2x/semana ou menos	Mais de 2x/semana, mas não diariamente.	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	2x/semana ou menos	3-4x/mês	Mais de 1x/semana	Quase diários
Necessidade de agonista beta-2 adrenérgico para alívio	2x/semana ou menos	Menos de 2x/semana.	Diários	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Igual 1/ano ou nenhuma/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano
VEF1 ou PFE	Igual ou maior que 80% previsto	Igual ou maior que 80% previsto	60%-80% previsto	Igual ou menor que 60% previsto
Varição VEF1 ou PFE	Menor que 20%	Menor que 20%-30%	Maior que 30%	Maior que 30%

(*) Classificar pelo critério de maior gravidade. Adaptado de: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com cinco ou mais anos de idade que apresentarem sinais, sintomas e achados de função pulmonar (espirometria ou teste de hiperresponsividade brônquica) compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente. Exames de função pulmonar deverão ser exigidos a partir dos 5 anos.

A adaptação para crianças entre dois e cinco anos pode ser realizada conforme item específico. (Casos especiais: asma em pré-escolares.).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com pelo menos um dos seguintes critérios:

- Tabagismo atual, exceto para os impossibilitados de abandonar o vício por retardo mental ou doença psiquiátrica grave;
- Predomínio de doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos indicados nesse Protocolo.

6. CASOS ESPECIAIS

- Asma em pré-escolares (dois a cinco anos)

O fenótipo de sibilância associada a viroses tem caráter geralmente transitório, mas, em alguns casos, pode se comportar com a mesma gravidade da asma persistente. Crianças com sibilância frequente (ao menos quatro episódios no ano anterior), e pelo menos um fator de risco maior (pais com asma ou criança com dermatite atópica) ou dois menores (rinite alérgica, eosinofilia ou sibilância na ausência de infecções virais) são consideradas de maior risco para o desenvolvimento de asma. Em pré-escolares de alto risco conforme esses critérios, corticoesteroides inalatórios melhoram sintomas e reduzem exacerbações durante o tratamento, mas não há comprovação de que o uso regular nesta faixa etária previna o desenvolvimento de asma no futuro. Sintomas agudos são tratados com broncodilatadores de curta ação. Os agonistas beta-2 adrenérgicos de longa ação (B2LA) não são recomendados no tratamento de asma em menores de 5 anos, por faltarem evidências conclusivas de eficácia e segurança. Especial atenção deve ser dada à técnica inalatória, verificando-se a indicação de uso de máscaras acopladas a espaçadores.

Asma ocupacional

A anamnese deve incluir questões sobre exposição a agentes químicos, físicos e poeira orgânica, a fim de identificar possíveis causas de asma ocupacional. O ambiente de trabalho pode desencadear ou agravar asma preexistente. Parecer de especialista em medicina do trabalho pode ser útil para melhor caracterização das exposições e definição de medidas visando a reduzir os riscos ocupacionais. Do ponto de vista do tratamento medicamentoso,

corticosteróides inalatórios são também a primeira escolha no tratamento da asma persistente relacionada à ocupação.

Asma em gestantes

Em cerca de um terço das mulheres asmáticas ocorre piora dos sintomas de asma na gestação. O tratamento da asma na gravidez segue os mesmos princípios gerais, sendo os medicamentos convencionais (broncodilatadores beta-2 adrenérgicos e corticosteroides) considerados seguros. Os corticoesteróides inalatórios são a primeira escolha para o tratamento da asma persistente também em grávidas. Corticoesteroides sistêmicos devem ser evitados, principalmente no primeiro trimestre, por estarem associados a aumento do risco para malformações congênitas.

7. TRATAMENTO

O objetivo do tratamento da asma é a melhora da qualidade de vida, obtida pelo controle dos sintomas e melhora ou estabilização da função pulmonar. Isso pode ser atingido na maior parte dos casos, devendo o tratamento incluir, obrigatoriamente, medidas não farmacológicas (medidas educativas, controle de fatores desencadeantes/agravantes), indicadas em todos os casos, e farmacoterapia, conforme indicado.

8. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

A educação do paciente é parte fundamental da terapêutica da asma e deve integrar todas as fases do atendimento ambulatorial e hospitalar. Deve-se levar em conta aspectos culturais e abranger aspectos de conhecimento da doença, incluindo medidas para redução da exposição aos fatores desencadeantes, e adoção de plano de auto-cuidado baseado na identificação precoce dos sintomas.

Em todos os casos, recomenda-se a redução da exposição a fatores desencadeantes, incluindo alérgenos/irritantes respiratórios (tabagismo) e medicamentos. A cada consulta, o paciente deve receber orientações de auto-cuidado, plano escrito para exacerbações e ser agendado para reconsulta conforme a gravidade apresentada (quadros 2 e 3).

9. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tratamento medicamentoso inicial

A base do tratamento medicamentoso da asma persistente, em consonância com o conhecimento atual da fisiopatologia, é o uso continuado de medicamentos com ação anti-inflamatória, também chamados controladores, sendo corticosteroides inalatórios os principais deles. Aos controladores se associam medicamentos de alívio, com efeito broncodilatador. A via inalatória é sempre preferida, para o que se faz necessário o treinamento dos pacientes quanto à utilização correta de dispositivos inalatórios. O ajuste da terapêutica deve visar o uso das menores doses necessárias para a obtenção do controle da doença, com isso reduzindo o potencial de efeitos adversos e os custos.

A conduta inicial do paciente sem tratamento adequado prévio considera a gravidade da doença (Quadro 1), definida a partir do perfil de sintomas atual, histórico clínico e avaliação funcional.

Na asma intermitente, o tratamento medicamentoso é direcionado para o alívio imediato dos eventuais sintomas decorrentes de obstrução, indicando-se broncodilatadores de curta ação (B2CA) para uso conforme necessidade.

Na asma persistente, o tratamento medicamentoso volta-se para a supressão da inflamação. Para isso são usados medicamentos ditos “controladores”, sendo os corticosteroides inalatórios melhor avaliados e com maior evidência de benefício para esse fim, tanto em adultos como em crianças. O uso regular de corticosteroide inalatório é eficaz para a redução de sintomas e exacerbações, bem como para melhora da função pulmonar. Os B2CA são indicados para sintomas agudos, conforme necessidade. Casos não adequadamente controlados com a terapêutica inicial podem necessitar de associações de medicamentos.

Nas exacerbações moderadas ou graves, além de B2CA e corticosteroides inalatórios recomenda-se curso de corticoterapia oral para a obtenção do estado de controle, e seguimento da terapêutica antiinflamatória

com corticosteróide inalatório. Indicação de atendimento hospitalar é feita com base na avaliação de gravidade e perfil de risco.

Quadro 2: Tratamento da asma - Conduta inicial em adultos e adolescentes sem tratamento regular prévio adequado para a gravidade

CLASSIFICAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE	CONDUTA FARMACOLÓGICA	CONDUTA NÃO FARMACOLÓGICA
INTERMITENTE	Agonista beta-2 adrenérgico de curta ação (B2CA) para alívio conforme necessidade.	Treinar técnica inalatória. Prescrever aerocâmaras conforme adequado; considerar espaçadores artesanais. Explicar sinais de alerta (sintomas de piora, aumento de uso de medicamento de alívio). Atenção para efeitos adversos; informar doses máximas diárias. Fornecer programa escrito de autocuidado/planopara crises. Monitorizar função pulmonar (*) Avaliar controle regularmente (mínimo a cada 6 meses).
PERSISTENTE		
Leve	Corticosteróide inalatório (CI) em dose média. Para alívio, B2CA conforme necessidade.	Todos acima. Reforçar necessidade de uso regular diário de medicamento controlador.
Moderada	CI em dose média a alta. Para alívio, B2CA conforme necessidade.	Todos acima Indicar acompanhamento com especialista (pneumologista)
Grave	CI em dose alta. Para alívio, B2CA conforme necessidade. Associar B2LA 1-2 x/dia.	Todos acima. Reavaliação médica em 3-4 semanas.
Exacerbação	Considerar curso de corticosteroide oral por cerca de 7 dias mais broncodilatadores de curta ação e fazer seguimento da terapêutica antiinflamatória com CI; B2LA não devem ser usados para tratar crises graves.	Avaliar a indicação de atendimento hospitalar. Iniciar medicamento controlador (CI) em dose alta logo que possível, reajustando conforme controle.

(*) Espirometria no mínimo anualmente, a partir dos 5 anos.

Tratamento de manutenção

A classificação de gravidade avaliada em uma consulta inicial pode ser modificada durante o acompanhamento, após a introdução de medidas terapêuticas. O conceito de controle leva em conta a evolução clínica e tratamento necessário para remissão e estabilização dos sinais e sintomas.

- Não há sintomas diários (ou dois ou menos/semana).
- Não há limitações para atividades diárias (inclusive exercícios)
- Não há sintomas noturnos ou despertares decorrentes de asma.
- Não há necessidade de uso de medicamentos de alívio.
- A função pulmonar (VEF1) é normal ou quase normal.
- Não ocorrem exacerbações.

O controle é avaliado a cada retorno do paciente. Na ausência de controle, deve-se considerar má adesão, inadequação da técnica inalatória, presença de fatores agravantes, falta de percepção/ atenção a sintomas, ou mesmo diagnóstico equivocado. A má adesão foi apontada em estudo brasileiro como o principal fator contribuinte para a falta de controle em asmáticos graves, estando presente em 68% dos casos não controlados. A percepção de sintomas pelo paciente deve ser avaliada e discutida, pois tem efeito na adesão e na implementação de planos de auto-cuidado. Também a técnica de uso de dispositivos inalatórios e a devida utilização de aerocâmaras ou espaçadores devem ser revistas a cada retorno, pois são essenciais para o sucesso terapêutico.

Após a análise de causas da falta do controle, julgando-se adequado proceder ao incremento da terapêutica, deve-se fazê-lo considerando as recomendações no Quadro 3.

Quadro 3: Tratamento de Manutenção baseado no grau de controle (*)

VALIAÇÃO DO CONTROLE	CONDUTA FARMACOLÓGICA	MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

<p>Asma controlada</p>	<p>Manter tratamento; Considerar redução gradual após a estabilização clínica e funcional por pelo menos 3-6 meses (mínimo 6 meses de controle se asma moderada ou grave), iniciando-se pelos últimos medicamentos introduzidos: - se corticosteróide inalatório (CI) associado com agonistabeta-2 adrenérgico de longa ação (B2LA), reduzir a dose deste, se possível até passar para CI isolado (a); se CI em dose elevada reduzir para dose média.</p>	<p>Reforçar aspectos de educação em asma. Reavaliar controle em 6 meses, ou em 3 meses se realizada redução de dose ou retirada (b). Monitorizar função pulmonar anualmente (b).</p>
<p>Parcialmente controlada ou não controlada</p>	<p>Excluídos fatores de descompensação potencialmente tratáveis com medidas específicas isoladas (má adesão/má técnica inalatória, iatrogenia, exposição a fatores desencadeantes, etc.), aumentar medicamentos controladores da seguinte forma: Se CI isolado prévio: considerar aumento isolado de dose até faixa média-alta, especialmente em crianças até 5 anos (d), ou adicionar B2LA 1-2 vezes/dia; Se CI com B2LA em uso regular, as seguintes opções são recomendadas, podendo ser empregadas de forma isolada ou em associação: - aumento da dose de CI, levando em conta dose máxima diária; utilizar B2LA também para alívio (f); corticoterapia oral em dose mínima efetiva.</p>	<p>Revisar adesão, técnica inalatória, e tolerância ao tratamento (c). Identificar e tratar fatores desencadeantes ou agravantes. Antes de cada modificação terapêutica, avaliar qualidade de vida e relação risco-benefício. Excluir outros diagnósticos. Monitorizar função pulmonar (e). Monitorizar efeitos adversos (g). Considerar acompanhamento psicológico e fisioterapia respiratória. Reavaliar controle em 4-6 semanas. Na falta de controle durante 6 meses com terapêutica otimizada: encaminhar para especialista (pneumologista; se sinais e sintomas alérgicos não controlados, considerar também o alergologista).</p>

Exacerbação	Conduas apropriadas para a ocorrência: corticoterapia oral e broncodilatador de curta ação. Considerar como asma não controlada.	Avaliar necessidade de atendimento hospitalar. Manter corticoterapia inalatória sempre que possível. Agendar reavaliação conforme gravidade da exacerbação.
-------------	--	--

(*) Adaptado de: Global Initiative for Asthma 2008. (1)

- (a) Cautela: suspensão do B2LA pode se associar a deterioração e perda do controle. (27)
- (b) Espirometria no mínimo anualmente a partir dos 5 anos.
- (c) A adaptação do paciente ao dispositivo inalatório também é determinante para a adesão e efetividade terapêutica.
- (d) Ver item Casos especiais – Asma em pré-escolares.
- (e) Além de espirometria, considerar também medir pico de fluxo expiratório matinal na asma grave.
- (f) B2LA para alívio (adultos): não ultrapassar 48 mcg/dia.
- (g) Avaliação oftalmológica, da glicemia e para osteoporose em caso de uso de corticoterapia sistêmica prolongada; em crianças: monitorizar o crescimento.

Após cada modificação do esquema na asma parcialmente controlada ou não controlada, o controle obtido deve ser reavaliado em 4-6 semanas, ou a cada 6 meses, na asma controlada. A cada etapa, reavaliar o tipo, as doses, a eficácia, a tolerabilidade e a adesão aos medicamentos prescritos anteriormente.

Uma vez obtido o controle da asma por mais de três meses (ou seis meses, em casos graves), procede-se à redução lenta e gradual de doses e medicamentos (reduzir broncodilatadores, por último a dose de corticoesteróide inalatório - CI), mantendo-se o tratamento mínimo necessário para o controle. Caso se opte por redução de doses/medicamentos o controle da asma deve ser reavaliado no mínimo a cada três meses.

Pacientes com falta de controle após seis meses de terapêutica otimizada, ou com comorbidades que repercutem na evolução clínica ou resposta ao tratamento, ou ainda com efeitos adversos que dificultam o seguimento do

tratamento conforme preconizado neste Protocolo, devem ser direcionados para serviço especializado no tratamento de asma.

A seguir serão descritas as características dos medicamentos controladores e de alívio.

A) MEDICAMENTOS CONTROLADORES

Corticosteroides inalatórios (CI)

Os corticosteroides inalatórios (CI) são os mais eficazes anti-inflamatórios para tratar asma crônica sintomática, em adultos e crianças. Várias revisões sistemáticas com meta-análises têm avaliado sua eficácia comparativamente com antileucotrienos na asma crônica em adultos e crianças, e os resultados têm apontado para superioridade dos CI tanto em melhora da função pulmonar e da qualidade de vida, como na redução de sintomas e de exacerbações.

O benefício dos CI na asma é considerado um efeito de classe, e diferenças na potência individual de cada fármaco não necessariamente se traduz em maior eficácia clínica. A curva de dose resposta dos CI na asma apresenta um platô, acima do que incrementos na dose não se refletem em melhora clínica ou funcional. Tal platô não ocorre para efeitos adversos sistêmicos. O índice terapêutico começa a declinar a partir de um limiar de doses equivalente a 400 mcg/dia de budesonida em crianças e 800-1.000 mcg/dia de budesonida ou beclometasona em adultos. A deposição pulmonar dos corticosteroides é influenciada pelo dispositivo inalatório utilizado, pela técnica inalatória, pelo tipo de propelente (no caso dos aerossóis) e pelo tipo de corticosteróide. Pacientes com asma grave podem ter menor deposição pulmonar decorrente de obstrução de vias aéreas inferiores. Essa deposição é o principal determinante da biodisponibilidade sistêmica do fármaco, pois a absorção diretamente a partir do tecido pulmonar não sofre metabolismo hepático de primeira passagem.

A ciclesonida apresenta maior custo e não demonstrou benefício clinicamente significativo em termos de eficácia e segurança em relação às

alternativas anteriormente disponíveis, sendo o principal benefício a redução de efeitos adversos locais. No entanto, não dispensa uso de espaçadores.

Corticosteroides sistêmicos (CS)

Ao contrário dos casos de asma leve, pacientes com asma grave frequentemente necessitam de cursos de corticoterapia sistêmica e, em muitos casos, a adição de corticoesteroide oral se faz necessária para obtenção do melhor estado de controle. Corticosteroides por via oral, usados por curto período, podem também ser efetivos no tratamento de crises de rinite alérgica com intenso bloqueio nasal. Os corticosteroides sistêmicos mais usados são prednisona e prednisolona, os quais apresentam meia-vida intermediária e menor potencial para efeitos adversos.

Agonistas beta-2 adrenérgicos de longa ação (B2LA)

Salmeterol e formoterol são agonistas dos receptores beta-2 adrenérgicos, cujo efeito broncodilatador persiste por até 12 horas. O início de ação do formoterol se dá em menos de 5 minutos, enquanto o salmeterol demora cerca de 20 minutos para agir, de forma que este não é indicado para alívio rápido de sintomas. O salmeterol é o mais seletivo de todos os agonistas beta-2, dado ser o menos potente na estimulação dos receptores beta-1 cardíacos, no entanto ambos são considerados semelhantes do ponto de vista de segurança no tratamento da asma.

O maior volume de evidências em relação ao benefício dos B2LA na asma se origina de estudos avaliando seu desempenho como terapêutica de adição em pacientes ambulatoriais, clinicamente estáveis, sem controle sintomático adequado com a terapêutica anterior (principalmente corticosteróide inalatório em dose baixa a média). Em adultos, a adição de B2LA como segundo medicamento controlador (segunda linha) produz melhora mais rápida na função pulmonar em pacientes com asma moderada não adequadamente controlada com doses baixas ou médias de CI do que duplicar a dose deste. Já em crianças

com asma não controlada com corticoide inalatório em doses baixas, a duplicação da dose do CI deve ser considerada inicialmente, especialmente em menores de 5 anos, faixa etária em que os B2LA são pouco estudados.

Em adultos, o formoterol mostrou-se efetivo no tratamento de manutenção de asma persistente em esquema de doses fixas mais uso se necessário (alívio de dispneia) em associação com corticoide inalatório.

Em asmáticos não controlados com corticoesteroide inalatório, a adição de um B2LA mostrou-se mais eficaz do que a adição de inibidor de leucotrieno.

Estudos recentes apontam para maior risco de óbito em utilizadores de B2LA na asma, sendo que agências internacionais de farmacovigilância têm lançado repetidos alertas sobre o risco de aumento de gravidade das crises em pacientes tratados com B2LA, especialmente naqueles sem corticoterapia inalatória associada. Isso reforça a importância da indicação judiciosa do medicamento.

Broncodilatadores anticolinérgicos não são recomendados no tratamento da asma, pois estudos não têm demonstrado superioridade em termos de eficácia e segurança em relação aos agentes já disponíveis.

B) MEDICAMENTOS DE ALÍVIO

Agonistas beta-2 adrenérgicos de curta ação (B2CA)

Os beta-2 adrenérgicos de ação curta são os fármacos de escolha para a reversão de broncoespasmo em crises de asma em adultos e crianças. Quando administrados por aerossol ou nebulização, levam a broncodilatação de início rápido, em 1-5 minutos, e o efeito terapêutico dura de 2-6 horas. O uso de inaladores dosimétricos exige técnica inalatória adequada, que depende de coordenação da respiração com o disparo e prevê período de apnéia de 10 segundos após a inalação. Dificuldades na execução da técnica são muito comuns; no entanto podem ser sobrepujadas em praticamente todos os casos, acoplando-se ao dispositivo uma aerocâmara de grande volume (crianças entre 2-12 anos de 150-250 mL; adolescentes 250-500 mL; adultos 500 – 750 mL;),

permitindo inalação em volume corrente, isto é, sem necessitar esforço ventilatório.

FÁRMACOS

- Beclometasona: cápsula inalante ou pó inalante de 200 mcg e 400 mcg e aerossol ou spray de 50 mcg e 250 mcg
- Budesonida: cápsula inalante de 200 mcg e 400 mcg e pó inalante ou aerossol bucal de 200 mcg
- Fenoterol: aerossol de 100 mcg
- Formoterol: cápsula ou pó inalante de 12 mcg
- Formoterol+budesonida: cápsula ou pó inalante de 12 mcg/400 mcg e de 6 mcg/200 mcg
- Salbutamol: aerossol de 100 mcg e solução inalante de 5 mg/mL
- Salmeterol: aerossol bucal ou pó inalante de 50 mcg
- Prednisona: comprimidos de 5 mg e de 20 mg
- Prednisolona: solução oral de 1 mg/mL e 3 mg/mL

8.4 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

A) MEDICAMENTOS CONTROLADORES Corticosteroides inalatórios (CI)

Faixas de doses por fármaco estão no Quadro 4. Na maioria dos casos, doses baixas a médias em esquema

de administração única diária são suficientes para obtenção e manutenção do controle. No tratamento inicial da asma persistente leve a moderada, doses médias a altas devem ser empregadas, podendo a budesonida ser administrada em dose única diária na asma leve. No tratamento inicial da asma persistente grave, especialmente se há evidência de intensa responsividade brônquica, recomenda-se o uso de doses médias a altas de corticoesteróide inalatório, sendo em adultos o equivalente ou superior a 800 - 1.200 mcg/dia de budesonida e, em menores de 12 anos, a metade disso. Todos devem ser usados ao menos duas vezes ao dia na asma moderada e grave. Estudos avaliando a administração intermitente de CI, isto é, durante exacerbações, mostram menor efeito deletério do CI intermitente no crescimento, entretanto o uso diário regular se associa a maior benefício em desfechos clínicos e funcionais; dessa forma, o uso intermitente de CI na asma

persistente não pode ser recomendado de rotina, devendo ser considerada a relação risco-benefício deste esquema.

Recomenda-se a administração de CI em aerossol dosimétrico com espaçador, a fim de reduzir deposição oral e otimizar a inalação de partículas de tamanho adequado. Em pacientes com obstrução moderada a grave, pode ser útil administrar um broncodilatador de rápido início de ação 5-10 minutos antes de usar o corticoesteróide inalatório. Titulação para a menor dose efetiva deve ser realizada após atingido o estado de controle e obtida estabilização por 3-6 meses. Geralmente, são necessárias quatro semanas de uso contínuo para que se alcance o melhor efeito com determinada dose de corticoesteróide inalatório.

Quadro 4 - Doses Diárias Equipotentes de Glicocorticosteroides Inalatórios(a)

FÁRMACO	DOSE MÍNIMA DIÁRIA (em mcg)	DOSE MÉDIA DIÁRIA (em mcg)	DOSE MÁXIMA DIÁRIA (em mcg) (b)
Beclometason a	200 – 500	Maior de 500 – 1.000	Maior de 1.000 – 2.000
Budesonida (*)	200 – 400	Maior de 400 – 800	Maior de 800 – 1.600

(a) Comparações baseadas em dados de eficácia.

(b) Pacientes considerados para receber altas doses diárias, exceto para períodos curtos, devem ser encaminhados a pneumologista para avaliação de combinações alternativas de controle. Doses máximas estão associadas com o aumento do risco de efeitos adversos sistêmicos quando em uso prolongado.

(*) Em casos de asma leve, pode ser usada em dose única diária.

Adaptado de: Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2009. (61)

Corticosteroides sistêmicos (CS)

Para tratamento de crises, a dose de prednisona a ser usada em adultos é de 40-60 mg/dia; para crianças recomenda-se 1-2 mg/Kg/dia de prednisolona. Quando indicado para crises, o corticóide deve ser iniciado prontamente, podendo a dose diária ser dividida em duas a três tomadas. Corticosteroides

orais, quando em uso prolongado, devem ser tomados preferencialmente pela manhã. Crianças com 40 Kg ou mais seguem a mesma posologia do adulto. Não há necessidade de redução escalonada no uso por até 7 dias.

Agonistas beta-2 adrenérgicos de longa ação (B2LA)

O salmeterol está disponível em apresentação isolada em spray e pó inalante. O formoterol está disponível como pó inalante isolado ou em associação à budesonida. A dose padrão de salmeterol para tratamento de manutenção em crianças e adultos é 50 mcg por via inalatória duas vezes ao dia (máximo 100 mcg/dia em crianças e adolescentes, e máximo 200 mcg/dia em adultos). A dose do formoterol é 12 mcg duas vezes ao dia em adultos (máximo 48 mcg/dia) e 6-12 mcg duas vezes ao dia para crianças e adolescentes (máximo 24 mcg). Formoterol tem início de ação semelhante ao de B2CA, e pode ser usado em adultos para alívio de sintomas, na dose de 6-12 mcg por vez, isolado ou em combinação com corticóide inalatório, observando-se a dose máxima diária. Estudos que avaliaram o benefício de esquemas com inalador único (corticosteroide + formoterol) para esquema de manutenção e alívio de sintomas foram realizados em adultos e empregaram esquemas com baixas doses de formoterol (formoterol 4, 5 ou 6 mcg + budesonida 200 mcg por inalação). Nesses estudos geralmente foi usada uma inalação duas vezes ao dia, e uma inalação quando necessário, limitando-se a 8 inalações/dia). O uso frequente (mais de duas vezes/semana) do B2LA para alívio deve chamar a atenção para falta de controle, e nessa situação a possibilidade de doses insuficientes de medicamento controlador fixo (CI) deve ser considerado.

Não se recomenda o tratamento contínuo da asma persistente somente com B2LA, isto é, sem corticoterapia inalatória regular associada.

B) MEDICAMENTOS DE ALÍVIO

Agonistas beta-2 adrenérgicos de curta ação (B2CA): salbutamol e fenoterol

Alívio de broncoespasmo agudo: salbutamol ou fenoterol 100-200 mcg (1-2 jatos), a cada 20min, uma ou duas doses. Prevenção de broncoespasmo no exercício (adultos) ou exposição inevitável a alérgeno: salbutamol ou fenoterol 200 mcg antes da exposição. Em exacerbações de moderadas a graves, recomendam-se 4 jatos (400 mcg; aerossol dosimétrico com aerocâmara) de salbutamol (ou equivalente) a cada 10 minutos, ou 8 jatos a cada 20 minutos, por até 4 horas; após, a cada uma a 4 horas conforme necessário. Alternativamente, nebulização (usar soro fisiológico): com 2,5 mg a 5 mg a cada 20 minutos por 3 doses, então 2,5 a 10 mg a cada uma a 4 horas, conforme evolução. Em crianças, 22,5-30 mcg/kg (até 9 jatos por dose, aerossol com aerocâmara) ou 0,15 mg/Kg (máximo 5 mg) por nebulização, a cada 20 minutos, depois conforme reavaliação clínica. Esquemas de tratamento de crises moderadas a graves devem ser usados sob supervisão médica.

Dispositivos inalatórios

Medicamentos inalatórios para o tratamento da asma estão disponíveis no mercado em várias apresentações, incluindo soluções para nebulização (corticosteróides e broncodilatadores de curta ação) e dispositivos dosimétricos. Estes incluem os aerossóis pressurizados e os inaladores de pó seco, e são considerados de escolha no tratamento da asma, dadas as vantagens sobre a nebulização no que se refere ao potencial para efeitos adversos, facilidade de higienização e portabilidade, entre outros. A escolha do inalador deve levar em conta a idade e a adaptação do paciente e também os custos

Os aerossóis pressurizados (sprays) são os inaladores dosimétricos mais usados. Contêm na sua formulação um propelente, o HFA, conforme resoluções do Protocolo de Montreal para redução de danos à camada de ozônio. Algumas formulações com HFA (solução) ocasionam aumento da deposição pulmonar do fármaco, sendo necessária a redução de dose na mudança de dispositivo. A utilização de inaladores HFA não descarta a necessidade de espaçadores, especialmente quando são usadas doses médias e altas de corticoesteróides. Inaladores de pó são acionados pela inspiração. Não são recomendados para crianças menores de 6 anos, nem para casos com sinais de insuficiência

ventilatória aguda grave, pois exigem fluxo inspiratório mínimo (geralmente acima de 60 L/min) para disparo do mecanismo e desagregação das partículas do fármaco. Proporcionam semelhante deposição pulmonar em relação aos aerossóis dosimétricos, quando estes são usados com aerocâmara, de forma que uma equivalência de dose 1:1 pode ser utilizada na mudança de dispositivo, preservado o mesmo fármaco.

Se por um lado pode favorecer a adesão, por outro lado a adoção de dispositivo único associando corticosteroide e broncodilatador de longa ação tem a desvantagem de dificultar a titulação de dose de cada componente isoladamente.

10. TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

A duração do tratamento da asma é imprevisível. Recomenda-se o ajuste do medicamento preventivo para dose mínima efetiva conforme o estado de controle e os resultados de provas da função pulmonar (para maiores de 5 anos).

11. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Controle dos sintomas, melhora da qualidade de vida, normalização ou estabilização da função pulmonar, redução do absenteísmo escolar e ao trabalho e redução da utilização de serviços de saúde.

12. MONITORIZAÇÃO

O máximo efeito terapêutico da corticoterapia inalatória ocorre após 4-6 semanas de uso regular. Pacientes com asma devem ser reavaliados a cada 1-6 meses, conforme o estado de controle. A cada retorno do paciente, deve-se avaliar a adesão e a tolerância ao tratamento, a ocorrência de sintomas e a função pulmonar.

Recomenda-se a realização de espirometria a cada ano, para se avaliar a manutenção da função pulmonar; porém, asmáticos graves necessitam de avaliações de função pulmonar mais frequentes, pelo menos semestralmente. O aumento do uso de medicamentos de alívio e a necessidade de cursos repetidos ou contínuos de corticoterapia oral indicam a deterioração do controle da asma, de modo que tais situações devem ser identificadas nas consultas de acompanhamento.

Aspectos de educação sobre a asma e habilidades de auto-cuidado devem ser reforçadas a cada oportunidade. Asmáticos graves e aqueles com dificuldade de controle da doença devem ter acompanhamento por especialista (pneumologista de adultos ou pediátrico).

13. EFEITOS ADVERSOS

Corticoesteroides inalatórios

Os efeitos adversos locais da corticoterapia inalatória são relacionados às doses, duração do uso

e tipo de dispositivo inalatório. O Quadro 5 apresenta os principais efeitos adversos e as respectivas medidas preventivas.

Quadro 5 - Efeitos Adversos Locais de Corticosteroides Inalatórios

EFEITO ADVERSO	PREVENÇÃO E CUIDADO	OBSERVAÇÕES
Candidíase oral	Usar aerocâmara; lavar a boca.	Placas esbranquiçadas dolorosas.
Rouquidão	Revisar a dose, usar inaladores de pó.	Decorrente de miopatia dos músculos da laringe; dependente de dose; não prevenível por espaçador.
Tosse	Usar aerocâmara; considerar inalador de pó.	Mais freqüente com aerossol dosimétrico (pro-pelente) ou inaladores com excipiente lactose. Avaliar broncoespasmo.
Efeito <i>freon</i>	Usar aerocâmara, inalador de pó.	Relacionado ao propelente.
Irritação na garganta	Usar aerocâmara, considerar dispositivo de pó.	Avaliar possibilidade de candidíase.

O risco de efeitos adversos sistêmicos (supressão do eixo hipófise-suprarrenal, hiperglicemia, estrias, púrpura, acne, catarata, hipertensão arterial sistêmica, retardo de crescimento em crianças) aumenta com a dose e o tempo de uso. Os dados disponíveis sugerem que doses menores de 400 mcg/dia, em crianças, e de 800 mcg/dia de budesonida, em adultos, são consideradas seguras ou de pouco risco para supressão do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal. Em mulheres pós-menopáusicas, especialmente se usadas doses maiores que o equivalente a 800 mcg/dia de budesonida, considerar medidas farmacológicas para prevenção de osteoporose (ver protocolo do Ministério da Saúde). Há evidências que, apesar de redução transitória na velocidade de crescimento, a altura final de crianças asmáticas tratadas por longos períodos com corticoesteróide inalatório não é comprometida.

Corticosteroides sistêmicos

Efeitos adversos são proporcionais à dose e ao tempo de uso, e incluem hipertensão, hiperglicemia, ganho de peso, púrpura, alterações do estado mental, depressão, miopatia, supressão adrenal, osteoporose, estrias, fragilidade capilar, telangectasias, acne, leucocitose, glaucoma, catarata subcapsular, tuberculose e estrogiloidíase sistêmica. Suspensão abrupta após uso prolongado (mais que três semanas) de doses superiores às fisiológicas (cerca de 7,5 mg de prednisolona ou equivalente) pode levar a insuficiência adrenal, caracterizada por fraqueza, hipocalcemia, hipotensão, dor abdominal, e risco de morte. Se indicada corticoterapia oral crônica, avaliar sequelas radiológicas de tuberculose e risco de reativação.

Em tratamentos de até três semanas, com doses de até 40 mg/dia (adultos), a suspensão abrupta acarreta baixo risco de insuficiência adrenal, mas pacientes que recebem cursos repetidos de corticosteroides devem ser adequadamente avaliados quanto ao esquema de suspensão. Se a duração for superior a três semanas, a redução deve ser gradual até dose equivalente a 7,5 mg/dia de prednisolona. A partir daí, a redução de dose deve ser mais lenta a fim de permitir a recuperação da função adrenal. Em situações de doença aguda

ou trauma graves, consideradas de risco para o desenvolvimento do quadro, recomenda-se a administração de dose de estresse de corticosteroides.

Pacientes com uso crônico devem ser avaliados periodicamente para o risco de osteoporose, conforme protocolo específico, do Ministério da Saúde

Broncodilatadores de curta ação

Os efeitos mais comuns são tremores, cefaleia e taquicardia. Os mais incomuns incluem palpitações, câimbras, irritação na boca e garganta. Um efeito raro é a hipocalcemia. Os muito raros incluem arritmias cardíacas, broncoespasmo paradoxal, angioedema, urticária ou outras reações de hipersensibilidade.

Broncodilatadores de longa ação

Salmeterol: efeitos adversos comuns (entre 1% a 10% dos casos) são tremores, cefaleia, palpitações, câimbras. Os incomuns são rash e taquicardia. São muito raros reações anafiláticas, hiperglicemia, artralgias, arritmias cardíacas incluindo fibrilação atrial, taquicardia ventricular e extra-sístoles, irritação orofaríngea e broncoespasmo paradoxal. Tremor e cefaleia tendem a ser transitórios e melhorar com a continuidade do tratamento. O tremor, assim como a taquicardia, é mais comum com doses superiores a 50 mcg duas vezes ao dia.

Formoterol: efeitos adversos comuns (entre 1% a 10% dos casos) são tremores, cefaleia, palpitações, câimbras. Os incomuns são broncoespasmo, irritação da garganta, taquicardia, edema periférico, tontura, alteração de paladar, distúrbios psiquiátricos. São muito raros reações de hipersensibilidade, náusea, hiperglicemia, artralgias, arritmias cardíacas incluindo fibrilação atrial, taquicardia ventricular e extra-sístoles, hipocalcemia.

14. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a

verificação periódica das doses de medicamento(s) prescritas e dispensadas, e da adequação de uso.

Pacientes com asma parcialmente controlada, não controlada ou exacerbada devem ser consultados por pneumologista e, especialmente nas duas últimas condições, atendidos em serviços especializados em Pneumologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

Ressalta-se a importância da monitorização do tratamento destes pacientes pela morbidade associada à doença e necessidade de controle dos efeitos adversos dos medicamentos. Avaliação contínua da adesão e da resposta ao tratamento deve ser realizada por equipe multidisciplinar. A realização de exames conforme indicados no item 5 (Critérios de Inclusão no Protocolo) é fundamental para dispensação dos medicamentos.

15. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a cientificação do paciente ou de seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais ao uso de medicamento preconizado neste Protocolo. O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

18. Pneumonia Comunitária	
<i>Pronto Atendimento</i>	PROTOCOLO: 018

1. DEFINIÇÃO

Pneumonias são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos. A Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade se refere à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades especiais de atenção à saúde ou, ainda, que se manifesta em até 48 h da admissão à unidade assistencial.

1.1 Etiologia:

- Definição etiológica: em apenas 30 a 40% dos casos.
- Streptococcus pneumoniae (pneumococo), estando envolvido em 30 a 70% dos casos;
- Bactérias atípicas (Mycoplasma, Chlamydia e Legionella) em 8 a 48 % dos casos; Infecções mistas, envolvendo uma bactéria e um agente atípico ou viral, têm sido relatadas em até 38% dos pacientes;
- Haemophilus influenzae em 4 a 18% dos casos (principalmente em pacientes com DPOC);
- Enterobactérias (Klebsiela sp., Escherichia coli, Proteus sp., Enterobacter sp.) entre 2 e 10% dos casos, cada agente;
- Staphylococcus aureus, entre 2 e 10% dos casos;
- Pseudomonas aeruginosa (1 a 4% dos casos).

São condições de risco para pneumonia por Pseudomonas sp.:

- Bronquiectasias;
- Fibrose cística;
- Tratamento crônico com corticóides em dose superior a 10mg/dia;
- Tratamento antibiótico de amplo espectro no mês anterior (por mais de sete dias);
- Desnutrição.

O quadro a seguir descreve os agentes mais comuns (em ordem decrescente) de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade de acordo com a gravidade:

Pneumonia Bacteriana Adquirida Internados (não em UTI)		Internados em UTI (grave)
na Comunidade	Ambulatorial	
(leve)		
S. pneumoniae	S. pneumoniae	S. pneumoniae
M. pneumoniae	M. pneumoniae	Bacilos gram-negativos
C. pneumoniae	C. pneumoniae	H. influenzae
Vírus Respiratórios	Vírus Respiratórios	Legionella sp.
H. influenzae	H. influenzae	S. aureus
	Legionella sp.	

2. PROTOCOLO

2.1 Diagnóstico clínico

- Considera-se pneumonia em paciente com evidência radiológica de pneumonia, com pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:
 - Tosse;
 - Dor pleurítica;
 - Febre > 38°C;
 - Escarro purulento;
 - Frequência respiratória > 25 rpm;
 - Ausculta pulmonar compatível (estertores, roncocal ou macicez à percussão do tórax).

3. EXAMES

3.1 Radiografia de tórax:

A radiografia de tórax (incidência pósterocal-anterior e em perfil) constitui o método de imagem de escolha na abordagem inicial da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade, pela sua ótima relação custo-efetividade, baixas

doses de radiação e ampla disponibilidade. Além de ser essencial para o diagnóstico, auxilia na avaliação da gravidade, identifica o comprometimento multilobar e pode sugerir etiologias alternativas, tais como abscesso e TB.

- A radiografia de tórax deve ser realizada, em incidência pósterio-anterior e em perfil, na abordagem inicial de pacientes com suspeita de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade (Evidência C);
- Pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade de baixo risco, tratados ambulatorialmente, devem realizar apenas a radiografia de tórax como exame subsidiário (Evidência A);
- O padrão radiológico não pode ser usado para predizer o agente causal, ou mesmo separar grupos de agentes (Evidência C);
- A radiografia de tórax deve ser repetida após seis semanas do início dos sintomas em fumantes com mais de 50 anos e na persistência dos sintomas ou achados anormais no exame físico (Evidência C);
- A persistência de achados radiológicos após seis semanas requer investigação adicional (Evidência D).

3.2 Tomografia de tórax e ultrassom de tórax:

É útil quando há dúvidas sobre a presença ou não de infiltrado radiológico, na presença de um quadro clínico exuberante associado à radiografia normal, na detecção de complicações, tais como derrame pleural loculado e abscesso ainda não aberto nas vias aéreas, assim como para diferenciar infiltrado pneumônico de massas pulmonares.

- A tomografia deve ser realizada quando houver dúvidas sobre a presença de infiltrado pneumônico, para a detecção de complicações e na suspeita de neoplasia (Evidência C);
- Derrames pleurais significativos (com 5 cm ou mais, identificado na projeção lateral em ortostatismo a partir do sulco posterior) devem ser puncionados. A ultrassonografia é útil nos derrames pequenos e suspeitos de loculação (Evidência C).

3.3 Saturação periférica de oxigênio e gasometria arterial:

- A SpO₂ deve ser observada na rotina, antes do uso eventual de oxigênio (Evidência A).
- A gasometria arterial deve ser realizada na presença de SpO₂ ≤ 90% em ar ambiente e em casos de pneumonia considerada grave (Evidência A).
- A presença de hipoxemia indica o uso de oxigênio suplementar e admissão hospitalar (Evidência A).

4. EXAMES COMPLEMENTARES

4.1 Exames Laboratoriais:

- O resultado de dosagem de uréia acima de 65mg/dL (correspondente a um valor igual ou superior a 11 mmol/L) constitui um forte indicador de gravidade;
- O hemograma tem baixa sensibilidade e especificidade, sendo útil como critério de gravidade e de resposta terapêutica. Leucopenia (< 4.000 leucócitos/mm³) denota mau prognóstico;
- Dosagens de glicemia, de eletrólitos e de transaminases não têm valor diagnóstico, mas podem influenciar na decisão da hospitalização, devido à identificação de doenças associadas;
- A Proteína C Reativa é um marcador de atividade inflamatória e pode ter valor prognóstico no acompanhamento do tratamento. A manutenção de níveis elevados após 3-4 dias de tratamento e uma redução inferior a 50% do valor inicial sugere pior prognóstico ou surgimento de complicações. Não há dados consistentes para utilizá-la como um guia na decisão da utilização ou não de antibióticos;
- A hemocultura deve ser reservada para a Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave e no caso de pacientes internados não-respondedores à terapêutica instituída, pois normalmente apresenta baixo rendimento. Resultados falso positivos são comuns, especialmente se houve uso prévio de antibióticos, e raramente resultam em mudança de conduta. As amostras devem

ser coletadas antes do início ou da modificação do tratamento e não devem retardar a administração da primeira dose de antibiótico;

- A procalcitonina é um marcador melhor de gravidade do que a proteína C reativa e lactato. Níveis séricos elevados também são vistos em outras doenças pulmonares, como na pneumonite química e na lesão por inalação em queimados.

4.2 Escarro:

Embora o exame de escarro seja frequentemente utilizado na busca do diagnóstico etiológico, o benefício dessa prática no manejo inicial da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade ainda é controverso.

4.3 Sorologia:

Testes sorológicos não devem ser rotineiramente solicitados.

- Dosagens de glicemia, eletrólitos e de transaminases não têm valor diagnóstico, mas podem influenciar na decisão da hospitalização, devido à identificação de doenças associadas (Evidência B);
- As hemoculturas devem ser reservadas para a Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave e no caso de pacientes internados não-respondedores à terapêutica instituída, pois normalmente têm baixo rendimento (Evidência C);
- Testes sorológicos não são úteis para o tratamento dos pacientes individualmente, mas para se estabelecer o perfil epidemiológico de uma determinada região ou um surto epidêmico (Evidência C);
- A pesquisa do agente etiológico deve ser iniciada nos casos de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave ou nos casos de pacientes internados com falha do tratamento inicial (Evidência C);
- Nos casos de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave, recomenda-se a investigação microbiológica através da hemocultura, cultura de escarro, aspirado traqueal ou amostras obtidas por broncoscopia nos pacientes sob ventilação mecânica (Evidência B);

- A pesquisa de antígeno urinário de *S. pneumoniae* deve ser realizada em pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave, e a pesquisa de antígeno urinário de *L. pneumophila* especificamente em todos os pacientes não-responsivos ao tratamento prévio (Evidência B).

5. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE GRAVE

Do ponto de vista prático, a Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave é definida como aquela em que há uma probabilidade maior de deterioração do quadro clínico ou alto risco de morte. A indicação de admissão à unidade de terapia intensiva (UTI) é mandatória para o manejo adequado deste grupo de pacientes. A presença de choque séptico e a necessidade de ventilação mecânica são critérios absolutos de admissão à UTI. A presença de dois critérios menores ou de um critério maior indica a necessidade de tratamento em UTI (tabela 1).

Tabela 1: Critérios de definição de pneumonia adquirida na comunidade grave:

CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Presença de um critério indica a necessidade de UTI	Presença de dois critérios indica a necessidade de UTI
Choque Séptico necessitando de vasopressor	Hipotensão arterial
Insuficiência Respiratória aguda com indicação de ventilação mecânica	Relação PaO ₂ /FiO ₂ menor do que 250
	Presença de infiltrados multilobulares

- A decisão de internação do paciente com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade constitui prerrogativa do médico assistente, sendo os escores de avaliação atualmente disponíveis ferramentas auxiliares na tomada dessa decisão (Evidência C).
- O uso do CURB-65 ou do CRB-65 auxilia na decisão do local de tratamento (Evidência C).
- As condições psicossociais e econômicas devem ser consideradas quando da decisão do local de tratamento (Evidência C).

- Pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade evoluindo com choque séptico, requerendo drogas vasopressoras, ou com falência respiratória aguda, necessitando de VM, ou paciente com dois dos critérios menores de gravidade deverão ser tratados em UTI (Evidência C).
- Pacientes tratados em sua residência devem ter assegurada a possibilidade de reavaliação do tratamento (Evidência C).
- Os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de critérios maiores ou de critérios menores que atendam à definição de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave e, quando presentes, devem ser admitidos em UTI (Evidência A).



6. TRATAMENTO

O principal aspecto a ser considerado na escolha do esquema do tratamento é a gravidade da apresentação clínica inicial, que é o principal determinante do local de tratamento do paciente: ambulatorial, hospitalar ou em unidade de terapia intensiva. Influenciam também nessa escolha a presença de co-morbidades e a presença de condições de risco para agentes particulares.

- A seleção do esquema terapêutico inicial para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade considera os microorganismos de maior prevalência (Evidência C).
- O tratamento dirigido a patógeno(s) identificado(s), embora preferível, na maioria das vezes não é possível no momento da decisão terapêutica (Evidência C).
- A identificação do(s) agente(s) permite dirigir a terapia ao(s) patógeno(s) específico(s) e selecionar o antimicrobiano para a terapia sequencial, podendo reduzir os custos do tratamento, os efeitos adversos e a indução de resistência (Evidência B).
- Embora não haja evidências definitivas quanto à superioridade de esquemas terapêuticos com cobertura para os patógenos atípicos, esta terapêutica em pacientes hospitalizados pode acarretar menor taxa de mortalidade no caso de pneumonia confirmada por *Legionella* sp. e pode reduzir a permanência hospitalar, a mortalidade geral e a mortalidade atribuída à pneumonia por esse grupo de germes (Evidência B).
- A terapia combinada (beta-lactâmico associado a um macrolídeo ou quinolona) não é superior à monoterapia em pacientes de baixo risco (Evidência B).
- A terapia combinada deve ser recomendada para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave, sobretudo na presença de bacteremia, insuficiência respiratória ou choque (Evidência B).
- A terapia com dois antibióticos eficazes reduz a mortalidade na pneumonia pneumocócica bacterêmica em comparação à monoterapia (Evidência B).

6.1 Preditores para patógenos específicos:

A resistência do pneumococo à penicilina, no nosso meio, ainda é reduzida (cerca de 3,5%) e ainda assim, restrita a alguns fatores de risco, tais



como: idade > 65 anos; tratamento com beta-lactâmico nos últimos três meses; alcoolismo; doença imunossupressora (incluindo tratamento crônico com corticóide); presença de comorbidades múltiplas ou exposição a crianças em creches. Uma análise específica de um subgrupo de pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade por *P. aeruginosa* mostrou, como preditores independentes, doença pulmonar prévia e internação hospitalar recente. Nesse estudo, a infecção por bacilos gram-negativos foi uma variável independente para risco de óbito.

- Os preditores de risco para patógenos específicos devem ser considerados na escolha do esquema empírico de pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade (Evidência B).
- A antibioticoterapia para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade deve ser instituída o mais precocemente possível, com o potencial de reduzir as taxas de mortalidade, o tempo de permanência hospitalar e os custos (Evidência C).
- Em pacientes internados, o uso empírico da azitromicina como monoterapia fica restrito aos pacientes portadores de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade não grave (Evidência B).

A antibioticoterapia inicial para Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade sugerida por esta diretriz para pacientes ambulatoriais leva em consideração três aspectos importantes:

primeiro: a alta proporção de agentes da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade sensíveis a beta-lactâmicos no Brasil;

segundo: a falta de dados definitivos quanto à cobertura sistemática de bactérias atípicas em Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade não grave;

terceiro: a maior parte dos estudos envolveu pacientes hospitalizados e não ambulatoriais.

Por outro lado, deve-se ressaltar a cobertura mais ampla dos macrolídeos em relação à amoxicilina (Figura 1). Em qualquer situação, todos os pacientes em tratamento devem ser reavaliados em até 48-72 h do início do mesmo. Essa avaliação baseia-se eminentemente em dados clínicos, não se justificando,