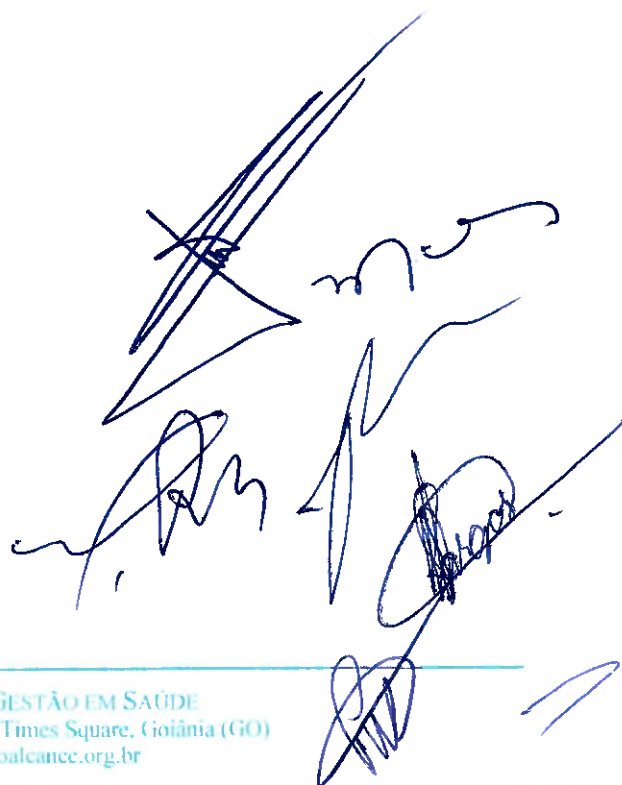


ENVELOPE 2
PROPOSTA DE TRABALHO
PARTE II



Manutenção Preventiva

Na Manutenção Preventiva (MP), as intervenções seguem um programa preestabelecido para evitar que ocorram danos e mau funcionamento dos equipamentos. É utilizada para reduzir o tempo de trabalho gasto e preparar antecipadamente os recursos para tornar as intervenções mais econômicas e eficazes.

É voltada para prevenir falhas, através de intervalos de tempo predefinidos para diminuir ou eliminar a parada não programada do equipamento devido à falta de limpeza, lubrificação ou peças desgastadas.

A norma ABNT NBR 5462/1994 (confirmada em 07 de julho de 2020) define a MP como “manutenção efetuada em intervalos predeterminados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento de um item”.

As principais desvantagens da MP são: a necessidade de um histórico de falhas extenso, manutenção excessiva para componentes com taxas de falhas menores que a frequência da MP e a imprescindibilidade de paradas para a realização das atividades.

Em contrapartida, a correta implantação de programas de MP resulta em benefícios difíceis de serem alcançados por programas de MC, sendo um importante componente para garantia da integralidade da vida, e está diretamente ligada à qualidade dos serviços prestados.

Manutenção Preditiva

A Manutenção Preditiva (MPD), é baseada no monitoramento das peças por meio de um conjunto de atividades sistemáticas (inspeções periódicas, medições, leituras etc.),

com o objetivo de acompanhar os parâmetros e variáveis que indicam o desempenho do equipamento para definir a necessidade ou não de intervenção.

Neste tipo de manutenção observa-se o comportamento dos equipamentos, verifica-se falhas e detecta-se mudanças nas condições físicas, podendo assim prever com precisão o risco de quebra.

Segundo a ABNT NBR 5462/1994:

Manutenção preditiva/controlada é a manutenção que permite garantir uma qualidade de serviço desejada, com base na aplicação sistemática de técnicas de análise, utilizando-se de meios de supervisão centralizados ou de amostragem, para reduzir ao mínimo a manutenção preventiva e diminuir a manutenção corretiva.

Apesar da eficácia desse método, seu maior ponto desfavorável é a onerosidade para sua implementação e uso; o que acaba inviabilizando sua utilização em grande escala. Necessita de grande investimento de recursos tecnológicos e humanos, mão de obra qualificada e treinada.

3.15.3. Plano de manutenção preventiva

A Anvisa exige dos estabelecimentos de saúde o desenvolvimento de um plano de gestão de equipamentos de saúde para fornecer rastreabilidade, qualidade, eficácia, segurança e desempenho, desde a entrada de cada equipamento na instituição até sua destinação final – Mod. 6, 2010 – Art. 2º.

O PMP inclui o inventário de equipamentos, um sistema de ordem de serviço, cronogramas, procedimentos de manutenção, contrato de terceirização, gerenciamento e todos os registros de histórico de serviço. O serviço de engenharia clínica é responsável pelos cuidados e gestão de ativos e avaliação de tecnologias em saúde, segurança clínica e pessoal, reparação e manutenção, gestão de riscos, também em contraste de monitoramento e melhoria da qualidade.

Ao se implantar um PMP é imprescindível considerar a importância do serviço a ser executado e a forma de gerenciar a realização desse serviço. A equipe de manutenção além de consertar um equipamento, precisa conhecer a funcionalidade do equipamento dentro da instituição, suas características de construção e todas as informações que possam auxiliar no seu conserto. Dessa forma, é possível obter segurança e qualidade no resultado do trabalho.

Tais informações vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Ainda que visível os benefícios, a implementação e gerenciamento de PMP é onerosa e exige grande experiência da equipe executora. Este fator não ocorre apenas pela falta de informação sobre rotinas de manutenção na maioria dos manuais, mas também pela dificuldade de estabelecer um critério de priorização dos equipamentos a serem incluídos no PMP.

Com a necessidade de otimizar os recursos humanos e financeiros, bem como viabilizar programas de MP, diversos autores propõem modelos de priorização de equipamentos médicos em PMP, sendo que o objetivo comum de todos os métodos é a seletividade dos equipamentos para participar do plano de manutenção preventiva.

O método de priorização de Fennigkoh e Smith é baseado em três critérios: risco físico oferecido pelo equipamento ao paciente e/ou operador (morte, terapia inadequada, dano irreversível etc.), periodicidade de manutenção (mensal, trimestral, semestral etc.) e função do equipamento (diagnóstico, terapia, suporte à vida ou monitorização). Avaliando esses critérios, é estabelecido um valor numérico (Equipment Management - EM), em que apenas equipamentos com EM acima de um valor predeterminado são incluídos no PMP.

O método de priorização é baseado numa matriz de prioridades em que são estabelecidos índices entre 1 e 10 que refletem a importância do equipamento sob análise. Quanto maior o índice, maior a importância do equipamento em relação aos

demais. A avaliação é feita levando-se em consideração: custo, facilidade de manutenção, probabilidade de falha, importância do equipamento, grau de utilização, possibilidade de substituição temporária e urgência. A cada um desses critérios é atribuído um valor numérico, e ao final da análise todos os valores são somados obtendo-se o índice de importância do equipamento.

Aplica-se um questionário) para auxiliar na seleção dos equipamentos com base nos seguintes critérios:

a) Risco: equipamentos que apresentam alto risco à vida do paciente ou ao operador em caso de falha;

b) Importância estratégica: equipamentos com alto grau de utilização e caso ocorra paralisação suspende ou dificulta a realização de um ou mais serviços gerando perdas financeiras;

c) Recomendação: equipamentos sujeitos a algum tipo de norma de fiscalização para seu funcionamento por parte de órgãos governamentais (Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN) ou sujeitos a recomendações dos seus fabricantes.

Figura 21 - Tabela para auxílio na seleção de equipamentos

| Tabela para auxílio na seleção de equipamentos para o Programa de manutenção preventiva | | |
|--|--------------------|---|
| Tipo do equipamento: _____ | | |
| Modelo: _____ | | |
| Nº de série/código: _____ | | |
| Fabricante: _____ | | |
| QUESTÕES | S | N |
| 1 - O equipamento tem partes móveis que requerem ajuste ou lubrificação? | | |
| 2 - O equipamento tem filtros que requerem limpeza ou trocas periódicas? | | |
| 3 - O equipamento tem bateria que requer manut. periódica ou substituição? | | |
| 4 - O uso do equipamento pode ocasionar algum dano ao usuário ou operador? | | |
| 5 - Você acredita que a manutenção preventiva irá reduzir uma determinada falha que ocorre de maneira freqüente? | | |
| 6 - Existe a necessidade de uma calibração freqüente do equipamento? | | |
| 7 - Em caso de paralisação deste equipamento, outros serviços ficarão comprometidos? | | |
| 8 - Existe alguma solicitação da administração para a manutenção | | |
| Data: ___/___/___ | Responsável: _____ | |

Esse formulário deve ser preenchido pelo responsável pelo grupo de manutenção em conjunto com o corpo técnico. Nesse modelo somente a pergunta 5 é subjetiva, caso as demais forem respondidas positivamente, o equipamento deverá ser incluído no programa de manutenção preventiva. Dessa forma, as inclusões opcionais serão principalmente em virtude da experiência acumulada do grupo que executa as manutenções corretivas.

Para a efetividade da MP devem ser elaborados roteiros de manutenção que permitam uma padronização do serviço executado. Devem ser coletados dados do manual do fabricante, da experiência adquirida no acompanhamento de instalações e de consertos realizados durante o período de garantia e seguir uma estrutura que permita uma abordagem completa e homogênea dos pontos que merecem destaque.

Além dos itens descritos, devem ser levadas em consideração as recomendações dos fabricantes, normas governamentais ou de algum órgão fiscalizador aos quais os equipamentos estão sujeitos. É necessário também observar os históricos de manutenção corretiva para identificar as falhas mais frequentes e criar procedimentos específicos para tentar reduzir a ocorrência dessas falhas.

3.15.4. Inventário

O inventário dos equipamentos é a primeira etapa realizada para a implementação de um PMP eficiente em um hospital. É fundamental que o responsável pela implantação do programa tenha conhecimento de todos os equipamentos existentes bem como sua localização.

Um ponto de partida para o inventário de equipamentos são os arquivos mantidos pelo departamento de patrimônio, porém o cadastramento completo é alcançado somente após uma inspeção de todos os setores do hospital onde se localizam os equipamentos. Nessa etapa são coletadas informações relativas ao equipamento, tais como: modelo, número de série, localização, número de patrimônio e informações referentes à sua funcionalidade.

Para auxiliar no desenvolvimento do PMP da unidade foi desenvolvida a tabela de Cadastro Individual de Equipamento, para que, além dos dados coletados no controle patrimonial, fossem levantadas as informações sobre a atual condição de funcionamento do equipamento.

Para o levantamento das informações, foi realizada consulta ao controle patrimonial e realizadas visitas in loco aos setores da unidade (Ambulatório, Centro Cirúrgico, Centro de Materiais e Esterilização), com o objetivo de inspecionar os equipamentos e conversar com os responsáveis pelo manuseio sobre as condições de funcionamento.

Figura 22 - Ficha de cadastramento do equipamento

| | | | |
|--|--|-----------------------------|----------------|
| | PROCESSO: MANUTENÇÃO | CÓDIGO: FOR-MAN. | |
| | PADRÃO: CADASTRAMENTO INDIVIDUAL DE EQUIPAMENTO | DATA CRIAÇÃO: 07/01/2020 | PÁGINA: 1/1 |
| | | DATA VERSÃO: 07/01/2020 | VERSÃO: 00 |

| Dados do Equipamento | |
|-----------------------------|---|
| Descrição do Equipamento: | |
| Número de patrimônio: | |
| Fabricante: | |
| Ano de fabricação: | |
| Modelo: | |
| Número de série: | |
| Condições de funcionamento: | <input type="checkbox"/> Satisfatoriamente <input type="checkbox"/> Precariamente <input type="checkbox"/> Não Funciona |
| Comodato/Contrato | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Apenas manutenção |
| Observações: | |
| | |
| | |
| | |

INTERNO

3.15.5. Sistema de codificação do equipamento

A criação de um sistema de codificação auxilia o supervisor do grupo de manutenção a identificar o serviço ao qual o equipamento pertence, o número de equipamentos, de um mesmo tipo, existentes na unidade, as datas de compra de um

determinado grupo de equipamentos, a quantidade e o tipo de equipamentos comprados em um dado ano, e assim por diante.

Para estabelecer um padrão de reconhecimento e facilitar a rastreabilidade dos equipamentos na unidade, optou-se por adotar um sistema alfanumérico de codificação para auxiliar a identificação do local ao qual o equipamento pertence na abertura do chamado interno de manutenção, conforme pode ser visualizado na figura abaixo.

Na elaboração da codificação, foram sugeridos cinco dígitos alfabéticos e um dígito numérico.

Figura 23 - Codificação de equipamento



A seguir apresenta-se o significado de cada dígito:

- Primeira Letra: Corresponde à localização do equipamento na edificação. Ex.: H – Hospital.
- Segunda e Terceira Letras: Correspondem a um par de letras que representam o setor onde o equipamento se encontra. Ex.: CM – Central de Materiais e Esterilização.
- Quarta e Quinta Letra: Correspondem a um par de letras que representa a nomenclatura do equipamento. Ex.: AU – Autoclave.
- Sexto Dígito: Corresponde a algarismos de 1 a 9 que representam a ordem de chegada do equipamento na unidade de saúde. É utilizado para que equipamentos com duplicidade não tenham códigos idênticos.

Os códigos são adesivados em local visível para facilitar a identificação do equipamento na abertura do chamado interno de manutenção e as equipes de enfermagem foram treinadas para assimilar o significado dos códigos, pois normalmente são elas que sinalizam a necessidade de manutenção.

3.15.6. Ficha vida do equipamento

Com o objetivo de manter registradas todas as intervenções realizadas em cada equipamento levantado no inventário, a próxima etapa consistiu no desenvolvimento da Ficha Vida do Equipamento.

A ficha de vida do equipamento consiste em uma tabela na qual constam os dados dos equipamentos e nela devem ser descritas todas as manutenções corretivas e preventivas que o equipamento receberá ao longo do seu ciclo de vida. Além dessas informações é necessário constar o custo referente à substituição de peças e mão de obra, nome e assinatura do técnico que realizou a intervenção, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 24 - Ficha vida do equipamento

| | PROCESSO: MANUTENÇÃO | | | CODIGO: FOR-MAN. | | |
|--|--|----|----------------------|---------------------------------|-------------|------------|
| | PADRÃO: FICHA VIDA DO EQUIPAMENTO | | | DATA CRIAÇÃO: 07/04/2020 | PÁGINA: 1/2 | |
| | | | | DATA VERSÃO: 07/04/2020 | VERSÃO: 08 | |
| Dados do Equipamento | | | | | | |
| Descrição do Equipamento: Autoclave B0110-370P | | | | Nº de Série: 1718.06.6201 | | |
| Código de Rastreabilidade: HCMAU1 | | | | Marca/Fabricante: Baumer | | |
| Setor de Instalação: CME | | | | Local de Instalação: Área Limpa | | |
| DATA | MP | MC | MANUTENÇÃO REALIZADA | CUSTO R\$ | TÉCNICO | ASSINATURA |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

A informações contidas no histórico do equipamento auxiliam na decisão de inclusão do equipamento no PMP, no desenvolvimento do checklist de MP, e no processo de tomada de decisão para desativar o equipamento.

3.15.7. Local da realização das manutenções

A sala em que são realizadas as manutenções é chamada “Oficina de Manutenção”; fica localizada na sede da unidade e é climatizada, composta por armários para guarda de estoque, equipamentos de segurança, ferramentas, documentos e manuais, estante para estoque de itens de manutenção predial, mesa administrativa com computador e telefone, quadro de ferramentas e duas bancadas de serviços.

A bancada nomeada Bancada Limpa, é onde são realizadas somente as manutenções dos equipamentos médico-hospitalares. Essa bancada possui ferramentas para uso próprio e é rigorosamente higienizada com álcool etílico 70% conforme as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do próprio hospital.

Na Oficina de Manutenção trabalham até quatro técnicos, sendo apenas um eletrotécnico responsável por realizar a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares. Na sala ao lado trabalha o Engenheiro Clínico, supervisor do setor e responsável pela elaboração e gestão do PMP.

Quando o equipamento chega na sala, ele é imediatamente inspecionado pelo técnico na Bancada Limpa e caso a manutenção não ocorra de imediato devido a necessidade de compra de peças ou outros fatores, o equipamento é ser armazenado no armário de Guarda de Equipamentos até sua manutenção.

3.15.8. Armazenamento de documentos

Cada equipamento possui uma pasta física identificada com seu código de rastreabilidade onde ficam armazenados todos os documentos pertinentes ao equipamento. Entre os documentos armazenados estão o Cadastro Individual do

Equipamento, Ficha Vida do Equipamento, Tabela para Seleção de Equipamentos para MP, Checklist de MP, contrato de comodato (quando existir) entre outros.

A pasta fica arquivada por ordem alfabética em um armário arquivo suspenso com chave e é responsabilidade do supervisor da Manutenção realizar a gestão dos documentos.

A versão eletrônica dos documentos fica armazenados dentro do servidor de computador da unidade. Nela estão armazenados a versão original dos documentos do PMP, Cronograma de Manutenção Preventiva e Controle de Movimentação de Equipamentos. A pasta eletrônica também está liberada apenas para o supervisor fazer alterações.

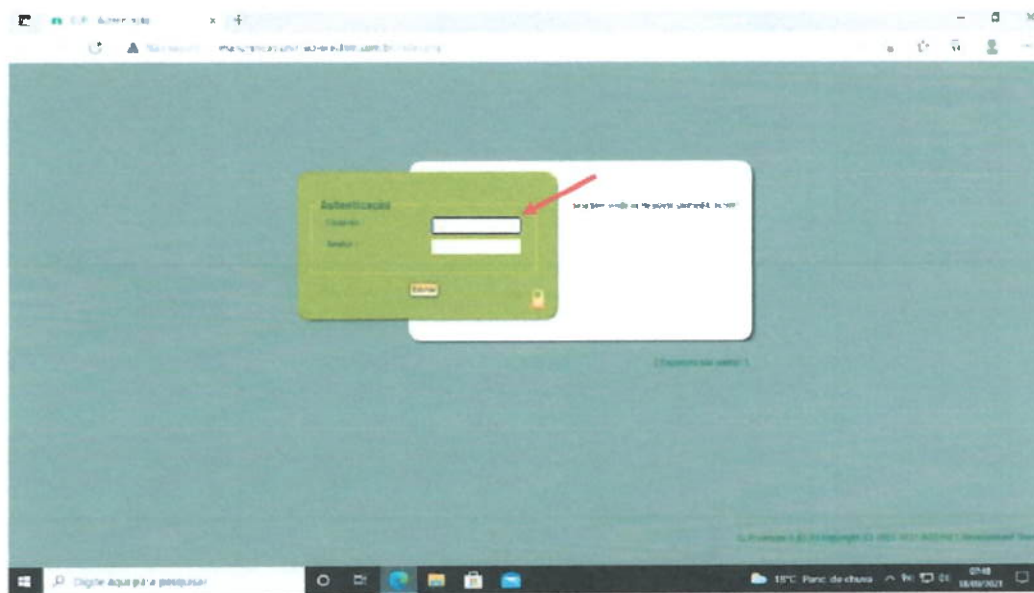
5.15.9. Abertura de chamado para manutenção corretiva

A solicitação de manutenção de um equipamento pode ser feita através de telefone, abertura de OS, registro em sistema (quando disponível), entrega pelo próprio operador no setor de Manutenção e notificação a qualquer técnico do grupo que eventualmente esteja próximo ao equipamento. Independentemente da forma de emissão da solicitação, a abertura do chamado deve ser feita de imediato ou assim que o técnico estiver disponível.

Na unidade a abertura do chamado é realizada pela equipe de enfermagem através do software Gestionnaire Libre de Parc Informatique (GLPI), ou por outro software, instalados nos computadores localizados nos Postos de Enfermagens e CME. O GLPI é uma ferramenta gratuita utilizada para gerenciar serviços de manutenção de equipamentos, chamados de TI, instalações prediais, projetos e contratos por administradores, gestores, agências e empresas de desenvolvimento.

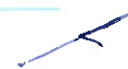
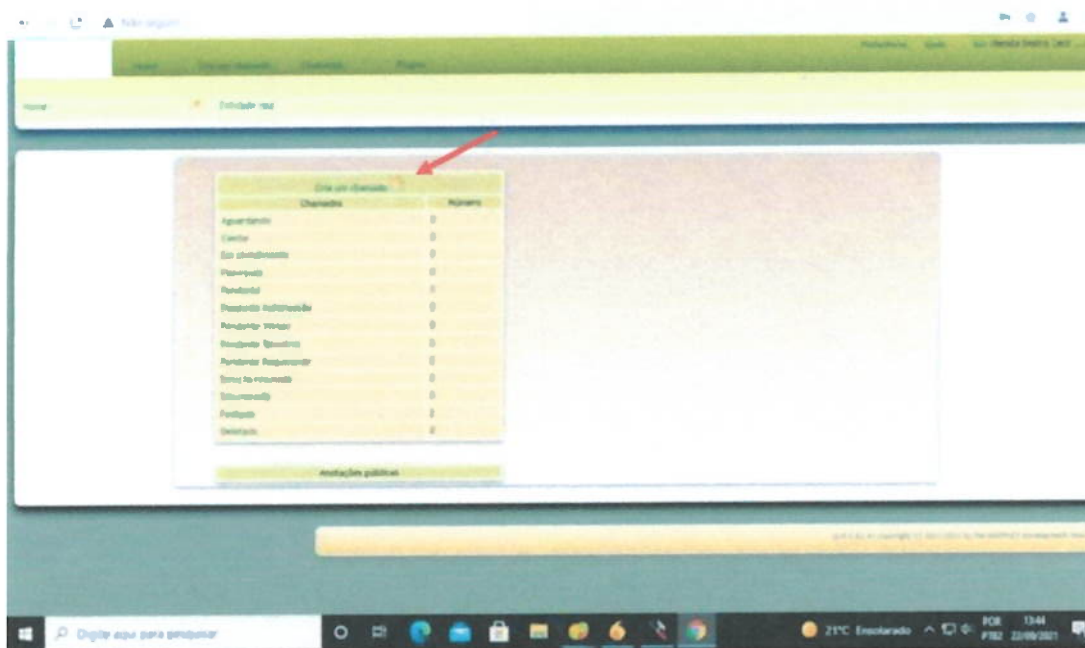
Para abertura do chamado o solicitante precisa estar logado no seu servidor, clicar no atalho do programa GLPI Manutenção instalado na área de trabalho do computador e inserir os dados de usuário e senha, e por fim clicar em Enviar conforme ilustrado a seguir.

Figura 25 - Tela de log in do sistema



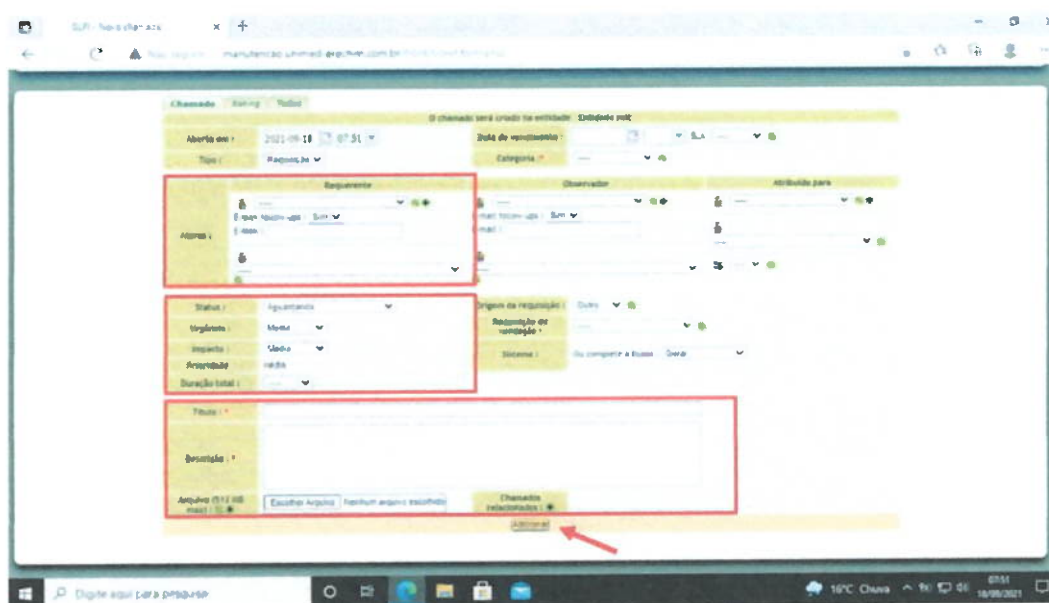
Após logar, para abrir novo chamado é necessário clicar no link Criar um Chamado.

Figura 26 - Tela de solicitação de abertura de chamado



Ao clicar no link, abrirá a tela para a descrição do chamado. Nessa etapa é necessário informar os dados do autor solicitante (nome, e-mail e setor), a urgência do chamado (baixa, média, alta ou muito alta), a descrição do chamado (informar o código do equipamento e descrever resumidamente o ocorrido) e, por último, clicar em Adicionar.

Figura 27 - Tela de descrição do chamado



Assim que realizado o chamado, o técnico desloca-se até o local do equipamento para investigar o ocorrido. Nesse momento é conversado com as pessoas que presenciaram a falha para levantar o maior número de informações que possa contribuir para o conserto do equipamento.

3.15.10 - Roteiro para manutenção corretiva

Após a abertura do chamado no sistema GLPI, o técnico identifica para qual equipamento o chamado está direcionado, analisa a descrição do ocorrido, verifica se o

equipamento está em comodato ou possui contrato de manutenção terceirizada (informação descrita no Cadastramento Individual do Equipamento) e, posteriormente, desloca-se ao local do chamado. Dependendo da descrição do ocorrido e da impossibilidade de movimentar o equipamento, o técnico desloca-se com a maleta de ferramentas para realizar a manutenção no local. Caso contrário, o equipamento deve ser encaminhado para a Oficina de Manutenção para a equipe analisar quais os procedimentos que serão tomados.

Antes do início de qualquer conserto, é necessário que o técnico analise alguns critérios para evitar a abertura equivocada do equipamento. Deve verificar se a falha é devido a erro de operação, se houve queima de fusível, se há necessidade de trocar baterias ou qualquer outra causa de fácil solução.

Caso o equipamento encontre-se em garantia, comodato ou possua contrato de manutenção terceirizada é necessário seguir os procedimentos descritos no contrato. É importante acompanhar todos os serviços realizados por equipes de manutenção terceirizadas tanto para fins de aprendizagem como para supervisão da qualidade dos serviços prestados.

Quando não é possível realizar o conserto internamente e há necessidade de enviar o equipamento para a assistência técnica, após o alinhamento com o destinatário, é necessário embalar cuidadosamente o equipamento e seus periféricos com plásticos bolha, acomodar em caixa de papelão e identificar como frágil.

Para controlar o envio e retorno dos equipamentos, foi desenvolvida a planilha de Controle de Movimentação de Equipamentos para assistência técnica (Figura 28). Nela são inseridas as informações contendo o nome do equipamento, setor pertencente, natureza da operação (MC, MP ou calibração), destinatário, empresa responsável pelo transporte, data da coleta, prazo estimado para retorno e data do retorno do equipamento para a instituição. O documento é preenchido virtualmente pelo supervisor do setor que é o responsável por realizar os trâmites de envio, prazos, análise de orçamentos e autorização de manutenção.

3.15.11. Seleção de equipamentos para manutenção preventiva

Para viabilizar a implantação do plano de manutenção preventiva na unidade foi adotado o método de priorização sugerido pelo Ministério da Saúde, por meio da aplicação de um questionário elaborado com base no risco que o equipamento apresenta para o operador e o paciente, o impacto que o equipamento ocasiona caso para de funcionar e as normas de fiscalização.

O objetivo dessa etapa é classificar os equipamentos considerados críticos, caso ocorram falhas, para serem incluídos no PMP.

Dessa forma, foi desenvolvida a Tabela para Seleção de Equipamentos para MP (Figura 30), composta pelos dados do equipamento e seis questões pertinentes ao equipamento com opções de respostas Sim ou Não. O questionário será aplicado pela equipe de manutenção para os equipamentos nas diversas visitas à unidade, por meio de diálogo com as equipes de enfermagem e corpo médico.

Figura 30 - Tabela de seleção de equipamento para manutenção preventiva

| | | | |
|--|---|----------------------|------------|
| PROCESSO: | MANUTENÇÃO | CÓDIGO: | |
| PADRÃO: | TABELA PARA SELEÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA MP | FOR-MAN: | |
| | | DATA CRIAÇÃO: | PÁGINA: |
| | | 06/09/2021 | 1/2 |
| | | DATA VERSÃO: | VERSÃO: |
| | | 06/09/2021 | 00 |
| Dados do Equipamento | | | |
| Descrição do Equipamento: | | Nº de Série: | |
| Código de Rastreabilidade: | | Marca/Fabricante: | |
| Setor de Instalação: | | Local de instalação: | |
| QUESTÕES | | NÃO | SIM |
| 1 - O equipamento possui partes móveis que necessitam de ajustes e/ou lubrificação? | | | |
| 2 - O equipamento possui filtros? | | | |
| 3 - O uso do equipamento apresenta risco ao operador e/ou paciente? | | | |
| 4 - Em caso de falha do equipamento (desempenho comprometido ou parada não prevista), apresenta risco ao operador e/ou paciente? | | | |
| 5 - O equipamento apresenta falhas frequentemente? | | | |
| 6 - A parada do equipamento implica em cancelamento de cirurgias? | | | |
| 6 - O equipamento necessita de Calibração e/ou Qualificação? | | | |
| Nota: Caso uma das questões for positiva, incluir o equipamento no Plano de Manutenção Preventiva. | | | |
| INTERNO | | | |

Nesse método de priorização estabelecido, caso uma das questões aplicadas for positiva, o equipamento é incluído no Plano de Manutenção Preventiva.

3.15.12. Cronograma de manutenção preventiva

Para auxiliar no monitoramento da periodicidade das manutenções preventivas a próxima etapa será criar uma planilha no Excel intitulada Cronograma de MP. O documento é composto pelos dados do equipamento, periodicidade das MP em dias (30, 90, 180 e 360 dias), data da última e próxima manutenção.

O cronograma será elaborado através das especificações designadas pelo fabricante descritas no manual, considerando:

a) as condições de operação do equipamento (risco que o equipamento apresenta para o paciente e o operador em caso de falha);

b) a facilidade de realizar a MP do equipamento (equipamentos com MP mais complexa exigem mais tempo de MP);

c) frequência de utilização do equipamento (equipamentos que são utilizados com maior frequência necessitam de mais atenção);

d) a experiência do pessoal clínico e técnico (a experiência com o equipamento é importante para determinar a frequência de MP).

A definição da periodicidade que será realizada a MP foi definida pelo engenheiro clínico e pelo técnico levando em conta a tabela abaixo (Figura 31):

Figura 31 - Periodicidade de manutenção preventiva

| CATEGORIA DO EQUIPAMENTO** | INTERVALOS E CRITÉRIOS GERAIS |
|---|--|
| Equipamentos alimentados via rede elétrica | Intervenção anual. A MP abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho. A MP específica anual deve incluir a verificação da segurança elétrica (frequência por algumas normas) |
| Equipamentos alimentados por bateria | Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes da capacidade ou função da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga para melhorar o desempenho e aumentar a vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias, com base em sua vida média. |
| Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluidos | Intervenção semestral ou trimestral. Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho, limpeza, lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento. |
| Equipamentos de ressuscitação ou de manutenção da vida | Intervenção trimestral ou semestral. Por causa da natureza crítica desses equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais frequentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente. |
| Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais | Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais frequentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais não significa que haja uma obrigatoriedade de aumentar a frequência de MP. |
| Equipamentos de monitoração crítica | Intervalo anual ou semestral. Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter consequências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorrem aleatoriamente e a frequência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência. |
| Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários | Intervalo quadrimestral ou semestral. Equipamentos com alto potencial de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes visuais e de desempenho para garantir a sua segurança. |

Com base nessas informações, os equipamentos alimentados via rede elétrica ou por baterias deverão anualmente passar por manutenção preventiva e medição de corrente de fuga e de isolamento. Por sua vez, os equipamentos de ressuscitação ou de suporte da vida deverão receber MP trimestralmente ou semestralmente.

Os equipamentos da localizados no CME, além de receberem MP trimestralmente e anualmente necessitam de uma rotina de MP mensalmente devido as especificidade desses.

A Figura 32, exemplifica a funcionalidade da tabela.

Figura 32 - Cronograma de manutenção preventiva

| PROCESSO: MANUTENÇÃO | | | | | CÓDIGO: FOR-MAN | |
|--|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|
| FABRIL: CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA | | | | | DATA CRIAÇÃO: 05/10/2020 | PÁGINA: 1/1 |
| | | | | | DATA VERSÃO: 05/10/2020 | VERSÃO: 00 |
| Equipamento | Un. de manutenção | Periodicidade de prevenção em di. | Data da última Preventiva | Data da próxima Preventiva | Código | Nome |
| Autoclave Baumer - BC11D-370P Hvac II | CME | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | HCMAU1 | 1718 06 6201 |
| | | 90 | 01/11/2020 | 30/01/2021 | | |
| | | 180 | 01/11/2020 | 30/04/2021 | | |
| | | 360 | 01/11/2020 | 27/10/2021 | | |
| | | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | | |
| Autoclave Baumer - BC11D-370P Hvac R | CME | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | HCMAU2 | 1718 06 6211 |
| | | 90 | 01/11/2020 | 30/01/2021 | | |
| | | 180 | 01/11/2020 | 30/04/2021 | | |
| | | 360 | 01/11/2020 | 27/10/2021 | | |
| | | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | | |
| Lavadora Termodesinfectora Baumer - T1-4200-28FP | CME | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | HCMTR1 | 1718 06 6232 |
| | | 90 | 01/11/2020 | 30/01/2021 | | |
| | | 180 | 01/11/2020 | 30/04/2021 | | |
| | | 360 | 01/11/2020 | 27/10/2021 | | |
| | | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | | |
| Reprocessador Ultrassônico Baumer - E201-C42 | CME | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | HCMUL1 | 1703 06 1160 |
| | | 90 | 01/11/2020 | 30/01/2021 | | |
| | | 180 | 01/11/2020 | 30/04/2021 | | |
| | | 360 | 01/11/2020 | 27/10/2021 | | |
| | | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | | |
| Seladora de Pacotes Baumer - SB-650-N | CME | 30 | 01/11/2020 | 01/11/2020 | HCMSP1 | 1706 06 2552 |
| | | 60 | 01/11/2020 | 11/11/2020 | | |
| | | 90 | 01/11/2020 | 30/01/2021 | | |
| | | 180 | 01/11/2020 | 30/04/2021 | | |
| | | 360 | 01/11/2020 | 27/10/2021 | | |

Ao inserir a data da última preventiva, a planilha que é automatizada, fornece a data que deverá ser realizada a próxima manutenção. Quando a próxima preventiva está dentro do prazo para o vencimento, a célula que contém a data fica na cor branca, ao faltar 30 dias para o vencimento, a célula altera para a cor amarela e após o vencimento a célula modifica para a cor vermelha. No caso da Figura 32, cabe frisar que as datas são fictícias, escolhidas apenas para ilustrar.

Com as periodicidades definidas, a etapa seguinte foi desenvolver o checklist de MP que consiste em um roteiro com itens de verificação para realizar a manutenção preventiva.

3.15.13. Checklist de manutenção preventiva

Uma das dificuldades mais frequentes vivenciadas pelas equipes de manutenção de equipamentos médico-hospitalares é a falta de um roteiro do próprio fabricante para a execução da MP.

Com isso, além das recomendações do fabricante, o checklist pode ser elaborado com base no conhecimento das pessoas que utilizam o equipamento, histórico de manutenção corretiva, normas governamentais ou de algum órgão fiscalizador. Precisa

constar os procedimentos a serem realizados, lista de ferramentas e material de consumo. O checklist deve ser de fácil entendimento e levar em consideração os procedimentos abaixo descritos:

a) Inspeção geral: consiste na verificação da integridade física do equipamento e de seus componentes (Ex.: folgas, amassados, desgastes nas engrenagens e botões etc.), e limpeza do equipamento;

b) Substituição de peças e acessórios com a sua vida útil vencida: essas informações normalmente estão descritas nos manuais do equipamento fornecidos pelos fabricantes (Ex.: Substituição de baterias, filtros etc.).

c) Lubrificação: descrição dos tipos de lubrificantes, periodicidade, locais de aplicação, equipamentos e ferramentas que devem ser utilizados e orientações para abertura do equipamento;

d) Aferição e calibração do equipamento: procedimento de como e onde deve ser feita a leitura e verificação de indicadores e níveis quando necessário (Ex.: corrente, tensão, potência etc.);

Já o teste de desempenho e de segurança elétrica deve ser feito através da verificação da corrente de fuga, inspeção visual dos cabos, medição da resistência ao fio de aterramento, medição do isolamento dos chassis e do fio de contato com o paciente.

Com base nesses fatores será desenvolvido um roteiro de inspeção para cada tipo de equipamento nomeado Checklist de MP. Inicialmente será realizado uma busca por informações sobre o roteiro da MP nos manuais de cada equipamentos e devido alguns manuais não ter dados completos sobre a rotina de MP, a equipe de manutenção poderá desenvolver alguns dos itens de inspeção através da experiência dos envolvidos e com base no livro de registros de MC dos equipamentos médico-hospitalares de outras unidades gerenciadas pelo Instituto.

O roteiro obedecerá a periodicidade prevista no Cronograma de MP e leva em consideração a metodologia do livro Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares.

No exemplo a seguir pode-se observar o Checklist de uma autoclave composto pelos dados do equipamento, periodicidade da MP, itens de verificação, lista de ferramentas, data e assinatura do responsável pela intervenção (Figura 33).

Figura 33 - Exemplo de checklist de manutenção de uma autoclave

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|----------------------|---------|--------------|---------|
| PROCESSO: | | MANUTENÇÃO | | CÓDIGO: | | FOR-MAN | |
| PADRÃO: | | CHECKLIST DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA TERMODESINFECTORA TRIMESTRAL | | DATA CRIAÇÃO: | PÁGINA: | DATA VERSÃO: | VERSÃO: |
| | | | | 05/10/2020 | 111 | 05/10/2020 | 00 |
| Dados de Equipamento | | | | | | | |
| Descrição do Equipamento: | | | | Nº de Série: | | | |
| Código de Rastreabilidade: | | | | Marca/Fabricante: | | | |
| Setor de Instalação: | | | | Local de instalação: | | | |
| Plano Trimestral | | | | | | | |
| Marque com um X os quadros correspondentes a verificação | | | | | | | |
| Coluna 1= Verificação OK | | | | | | | |
| Coluna 2= Requer manutenção | | | | | | | |
| 1 | 2 | Verificação | Procedimentos | | | | |
| | | I- Substituir o filtro de entrada de ar | Desligar a chave geral do equipamento, trocar o elemento filtrante da entrada de ar localizado na parte superior a direita. Para realizar a intervenção não há necessidade do uso de ferramentas, basta soltar e apertar o fêtro com a mão | | | | |
| | | II- Verificar ajuste das portas de carga e descarga | Verificar o ajuste dos pistões pneumáticos localizados na porta de carga e descarga, verificar eventuais vazamentos de ar e ruídos anormais | | | | |
| | | III- Efetuar limpeza da impressora térmica e troca de fita | Desligar a chave geral do equipamento, no painel frontal retirar a impressora térmica e realizar a limpeza interna. Caso haja necessidade realizar a troca da fita | | | | |
| | | IV- Verificar assento das válvulas pneumáticas | Com o equipamento ligado, abrir o painel frontal e verificar possíveis vazamentos no bloco de válvulas pneumáticas | | | | |
| | | V- Substituir os fêtros de entrada de água | Desligar a chave geral do equipamento, desligar o registro de entrada de água. Retirar os fêtros localizados antes da Osmose Reversa e efetuar a troca | | | | |
| Observações: Elemento filtrante Baumer HD100-060 | | | | | | | |
| Data | | | | | | | |
| Executante | | | | | | | |
| Referências: | | | | | | | |
| ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT NBR IEC 60601-1. Equipamento eletromédico. Parte 1. Requisitos gerais para segurança básica e desempenho essencial. Rio de Janeiro: ABNT, 2010. | | | | | | | |
| BAUMER. Manual de manutenção termodesinfectora Baumer, modelo TW. Código 130040015, versão/rev. 6000, p. 1-34. 18 Jan. 2017. Registro ANVISA nº 10345500051. Mogi Mirim, SP: Baumer, 2017. | | | | | | | |
| CAIJI, S. J.; TEIXEIRA, M. S. Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares. São Paulo, SP: Editora Fundação Petrópolis, 1998. | | | | | | | |

O técnico ao identificar que o item inspecionado não está de acordo com os parâmetros estabelecido, comunica o supervisor do setor e juntos decidem as tratativas para realizar o conserto.

3.15.14. Roteiro para Manutenção Preventiva

O supervisor de manutenção ao visualizar no Cronograma de MP que a data da próxima preventiva está em amarelo (faltando 30 dias para vencer), necessita entrar em contato com o responsável do setor a qual o equipamento pertence para agendar a data da próxima preventiva respeitando a programação da unidade.

No dia programado o técnico liga para a enfermeira líder do setor para confirmar a retirada do equipamento do setor para encaminhar para a Oficina de Manutenção. Em alguns casos, onde não é possível retirar o equipamento do local de instalação, é necessário que o técnico realize a MP no próprio local. Quando no dia agendado ocorrem intercorrências, como por exemplo cirurgias de emergência e não é possível realizar a MP, é necessário reagendar outra data mais próxima. Nos casos em que a MP é realizada por terceiros, como por exemplo os equipamentos em comodato, é crucial seguir as orientações descritas no contrato.

Com a autorização para realizar a MP, o técnico tem a responsabilidade de registrar a abertura do chamado de manutenção no sistema GLPI, imprimir o checklist de MP correspondente ao equipamento que será inspecionado e analisar o histórico da Ficha Vida do Equipamento para estar a par das intervenções já realizadas.

Quando há necessidade de realizar uma intervenção não prevista no checklist, como por exemplo a substituição de uma peça e o equipamento ficará parado mais que o programado, é necessário decidir junto com o diretor clínico qual é o melhor momento para realizar, uma vez que podem ter procedimentos agendados que dependem daquele equipamento.

Para envio do equipamento para assistência técnica, é necessário embalar o equipamento e seus componentes, contratar o transporte com cobertura de seguro e registrar as informações na tabela de Movimentação de Equipamento.

Após realizada a preventiva, o equipamento recebe uma etiqueta contendo a data que foi realizada a MP, a data da próxima, periodicidade nome e assinatura do técnico que realizou o serviço. Essa etapa colabora para o gerenciamento das MP e atende um dos requisitos cobrados nas auditorias realizadas pela Vigilância Sanitária. Os auditores conferem a data da etiqueta com as informações contidas na Ficha Vida do Equipamento. A cada MP a etiqueta é substituída por outra nova com as informações atualizadas.

Figura 34 - Etiqueta de registro de manutenção preventiva

| MANUTENÇÃO PREVENTIVA | |
|-----------------------|-------------|
| Equipamento: | _____ |
| Data realizada: | ___/___/___ |
| Próxima data: | ___/___/___ |
| Periodicidade: | _____ |
| Técnico Resp.: | _____ |

Posteriormente, o técnico realiza a higienização do equipamento, insere as informações das intervenções realizadas na Ficha Vida do Equipamento e arquiva junto com o Checklist de MP na pasta do Equipamento. Assim, todas as informações referentes àquele equipamento ficam registradas e arquivadas para consultas e auditorias dos órgãos governamentais.

4. Área de qualidade

4.1. Apresentação de Programas de gestão da qualidade implantados, em desenvolvimento ou propostos pela Organização Social. Apresentar plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação e orçamento previsto

4.1.1. Objetivos

- Subsidiar o alinhamento dos processos de suporte e finalísticos aos objetivos estratégicos da instituição;
- Estimular a coleta de dados e a análise crítica de indicadores, para auxiliar na tomada de decisão e na implementação de ações de melhoria contínua de processos;
- Promover o gerenciamento de riscos assistenciais para a redução de eventos adversos a um nível aceitável;
- Promover a melhoria da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo;
- Elevar o padrão dos serviços prestados por meio do estímulo à adesão de boas práticas;
- Fomentar o desenvolvimento e a capacitação contínua das pessoas.

4.1.2. Plano de ação para atendimento dos objetivos

O Plano de Gestão da Qualidade busca a excelência do serviço hospitalar, atuando de maneira multiprofissional, para promover um atendimento de qualidade em 04 eixos principais: assistência, ensino, pesquisa e extensão. Para tanto, visa fomentar a melhoria contínua de processos e a implementação de boas práticas assistenciais e das metas de segurança do paciente, conforme recomendações dos órgãos de controle oficiais.

Para o alcance dos objetivos propostos, o Plano de Gestão da Qualidade do CAM estabelece algumas ferramentas de qualidade que podem subsidiar a tomada de decisão, bem como recomenda o desenvolvimento de macroprocessos estruturantes descrito a seguir.

4.1.2.1. Segurança do paciente

A portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Dentre os objetivos específicos do PNSP, estão a implantação da gestão de risco e do Núcleo de Segurança do Paciente. O artigo 4º da referida portaria traz as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e

e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; e

VI - Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Deverão ser desenvolvidas na instituição, minimamente, ações para implementação das 06 metas internacionais de segurança do paciente da organização mundial da saúde:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Promover a segurança no uso de medicações;
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção correto, procedimento correto no paciente correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas e lesões por pressão.

Essas metas deverão estar inclusas no Plano de Segurança do Paciente da instituição, sendo elaborado e conduzido pela Comissão Permanente do Núcleo de Segurança do Paciente anualmente. Além dessas metas, outras estratégias poderão ser

adotadas para a redução dos principais riscos identificados no monitoramento de incidentes.

4.1.2.1.1. Gestão de riscos assistenciais e tecnológicos

O CAM deve oferecer o melhor cuidado de assistência ao paciente, com contínuo aperfeiçoamento pessoal e tecnológico. Deve ainda estabelecer a prevenção e mitigação dos incidentes em todas as fases da assistência ao paciente, focando a melhoria contínua dos processos do cuidado e uso de tecnologia, reduzindo ao mínimo os danos aos pacientes decorrentes desse cuidado.

O uso do Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP) tem como objetivo centralizar as notificações sobre incidentes ou queixas de fatos ocorridos nos hospitais universitários de todo o país, permitindo ao Setor de Gestão da Qualidade/Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente analisar as notificações registradas e recomendar as medidas preventivas apropriadas para a prevenção da recorrência.

Dentre as principais medidas de mitigação de riscos estão: mudança de processos, fluxos e rotinas de trabalho, treinamentos/capacitações, padronização e aquisição de novas tecnologias em saúde e a, suplementação de recursos humanos e materiais.

4.1.2.1.2. Núcleo de Segurança do Paciente

É a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem por finalidade assessorar a Diretoria Geral, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura de segurança na assistência hospitalar, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visam promover a qualidade dos processos assistenciais do CAM.

A programação das ações a serem executadas pelo NSP devem ser descritas no Plano de Segurança do Paciente, que tem por objetivo regulamentar as ações de segurança do paciente no CAM. Deve incluir o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

4.1.2.2. Avaliação Interna de Qualidade

A avaliação interna da qualidade (AVAQUALIS) é uma avaliação periódica do nível de qualidade dos serviços prestados na instituição, e baseia-se em diretrizes e requisitos pré-definidos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade.

Trata-se de uma atividade de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

O intuito é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes da instituição. A ferramenta possibilita realizar um diagnóstico da situação do hospital em relação aos procedimentos de boas práticas ideais, permitindo traçar estratégias para melhorar a qualidade da gestão, assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação, e garantir a segurança do paciente.

A avaliação quanto à conformidade das práticas do CAM ao preconizado no manual deverá ser realizada periodicamente, conforme descrito no Plano de Avaliação Interna da Qualidade. Após o relatório final da avaliação, cada unidade avaliada deverá elaborar plano de ação para alcance das não conformidades registradas, o qual será monitorado pelo Setor de Gestão da Qualidade.

Após a avaliação interna da qualidade, os resultados obtidos serão divulgados às unidades/serviços avaliados. Estes deverão elaborar um plano de ação para o cumprimento dos requisitos considerados não conformes. O SGQ fará monitoramento da

- elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente assistencial;
- notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito da unidade;
- realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes nas Portarias vigentes, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;
- promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, com temas relacionados às doenças de notificação compulsória;
- Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do CAME conveniados e comunicar a equipe de saúde assistente do paciente e o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

4.1.2.4.1. Controle de Infecções

A portaria 2.616 de 12 de maio de 1998 expediu diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares, e definiu que as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais deverão compor o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde (CCIRS) é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento e execução do Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRS). O PCIRS da instituição deverá apresentar a definição de ações de vigilância epidemiológica das infecções e de doenças e agravos de notificação compulsória, com

previsão de atividades educativas, revisão e elaboração de protocolos para o controle de infecção, elaboração de normas e rotinas, visitas de inspeção internas, e auxílio para desenvolvimento de ações de pesquisa, com o intuito de proporcionar o conhecimento situacional e propor medidas de intervenção apropriadas.

Os relatórios de infecção deverão ser discutidos em reunião da comissão, e alimentadas aos órgãos sanitários conforme legislações vigentes.

4.1.2.5. Gestão à Vista

Tem como finalidade instituir a cultura de avaliações periódicas dos resultados obtidos na prestação de assistência por meio do monitoramento e avaliação de indicadores, com estabelecimento de ciclos contínuos de melhorias dos processos para obtenção de melhores resultados, conforme recomendam as boas práticas de gestão da qualidade em saúde.

A gestão por resultados deve fazer usar a informação de forma eficaz, estabelecer indicadores de desempenho e realizar o monitoramento e a avaliação dos efeitos de suas ações continuamente, visando ao aumento da eficiência, efetividade e accountability da gestão pública.

Os indicadores de qualidade devem ser alimentados em painel específico do Instituto Alcance (Painel de Gestão à Vista), permitindo visão geral da instituição pelo Serviço de Gestão da Qualidade da Sede.

Trimestralmente serão elaborados relatórios de qualidade institucional, incluindo dados de notificações registradas no VigiHosp e NVE, de controle de infecções, além de indicadores de qualidade, e divulgados aos colaboradores do CAM pelos canais oficiais de comunicação.

4.1.2.6. Projetos de melhoria da qualidade

Deve-se incentivar o planejamento e a execução projetos de melhoria com foco na qualidade institucional. Para tanto, é fundamental sensibilizar os profissionais quanto à

necessidade e relevância das melhorias nos processos de trabalho, promovendo uma cultura voltada para o processo de aprendizagem e aprimoramento contínuo. As diretrizes a serem seguidas incluem:

- **Foco no cliente:** atender as necessidades dos clientes e superar suas expectativas.
- **Liderança:** liderar pelo exemplo com o compromisso de todos com a política da qualidade. Os líderes participarão de atividades com vistas à melhoria contínua, tais como capacitações (liderança, mapeamento de processos, gestão de riscos, controles internos, mediação de conflitos, etc), discussão de casos, análise crítica de indicadores, Encontros de Qualidade, etc.
- **Envolvimento dos colaboradores:** busca constante por melhorias nos processos de trabalho, através de reuniões de equipes, visitas multiprofissionais, Huddles, Rondas de Gestão, Brainstorm, etc.
- **Ciclos de Melhoria Contínua:** avaliação sistemática de indicadores da qualidade e propostas de mudanças, de modo a oferecer as melhores práticas assistenciais, administrativas e de ensino, com a tomada de decisão baseada em fatos e dados. Esta pode ser implementada através dos Planos de Melhoria da Qualidade pelas próprias unidades e/ou com auxílio das Unidades de Produção (UP).
- **Projetos de melhoria da qualidade institucionais:** participar ativamente no programa de formação e líderes da qualidade, bem como de demais projetos que envolvam o desenvolvimento de ações de melhoria em parcerias externas (colaborativas).

4.1.2.7. Educação em saúde

Considerando a necessidade de valorizar e desenvolver os talentos existentes e implementar cultura organizacional de investir, incentivar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento de ações educativas no âmbito do CAM, devem ser planejadas e organizados projetos de educação permanente e de capacitação.

- **Educação permanente:** ações estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.

- **Capacitação:** processo permanente e deliberado de aprendizagem, com o propósito de contribuir para o alcance das competências institucionais, por meio do aperfeiçoamento das capacidades individuais dos colaboradores.

Anualmente, deverá ser elaborado cronograma de capacitação em qualidade, segurança do paciente e controle de infecções do CAM, com temas de relevância institucional.

4.2.2.8. Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Conforme definido na diretriz de humanização, deverão ser discutidos e implementados na instituição, dentre outros, os seguintes dispositivos:

- Grupo de Trabalho de Humanização;
- Visita aberta e direito ao acompanhante;
- Sistemas de escuta qualificada;
- Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco;
- Carta de direitos dos usuários do SUS;
- Ambiência;
- Valorização dos trabalhadores.

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS
VERMELHO

- Obstrução de vias aéreas.
- Dispneia associada a alteração do nível de consciência (Letargia, Confusão mental; Irritabilidade, Agressividade).
- Dispneia associada a: bradicardia FC \leq 50 bpm ou taquicardia FC $>$ 100 bpm.
- FR \leq 10 IRPM.
- Cianose, enchimento capilar $>$ que 2 s, com uso de musculatura acessória e SpO2 $<$ 90 %
- Ruídos adventícios audíveis sem uso do estetoscópio.
- Murmúrios vesiculares universalmente abolidos.

LARANJA

- Risco de obstrução de vias aéreas.
- Esforço respiratório com estridor, sialorréia, faixa entrecortada.
- Crise de asma grave SpO2 $>$ 90 e $<$ 94%
- Ruídos adventícios audíveis à ausculta com uso do estetoscópio
- FR \geq 25 IRPM
- Murmúrios vesiculares parcialmente abolidos associado a dispneia
- Hemoptise (sangramento das vias aéreas baixas), com ou sem tosse.

AMARELO

- Saturação SpO2 entre 90 a 94 %, com frequência respiratória de 20 a 24 IRPM
- Tosse produtiva com escarros hemoptoicos ou com ruídos adventícios
- Murmúrios vesiculares parcialmente abolidos sem dispneia

VERDE

- Tosse produtiva.
- Dor de garganta com sinais de infecção (placas purulentas, febre)
- Saturação SpO2 entre 90 a 94 %, assintomático

AZUL

- Coriza.
- Dor de garganta, sem sinais de infecção ou febre.
- Tosse seca.
- Sintomas gripais, sem febre.

ATENÇÃO

Avaliar nível de gravidade dos pacientes com suspeita de Covid-19

ALTERAÇÕES TRAUMA
VERMELHO

- Suspeita de trauma crânio encefálico (TCE), trauma cervical, fratura de anel pélvico (Bacia), fratura de ossos longos.
- Politrauma (lesão em mais de 2 segmentos corpóreos)
- Trauma torácico e/ou abdominal, com repercussão hemodinâmica e ventilatória.
- Trauma aberto: craniano, torácico, abdominal e/ou pélvico
- Amputação, desmembramento, esmagamento de extremidades.
- Perfuração por arma de fogo ou por arma branca.
- Glasgow de 3 a 8
- Afogamento (atentar para trauma raquimedular -TRM)
- Ferimento com hemorragia não compressível ou evisceração*
- Asfixia por corpo estranho.
- Lesões provocadas por animais peçonhentos, com repercussão hemodinâmica e ventilatória
- Empalamento.

LARANJA

- Trauma torácico, abdominal e pélvico, sem repercussão hemodinâmica e ventilatória no momento da avaliação
- Suspeita de fratura fechada de extremidades, com deformidade aparente.
- Suspeita de fratura aberta de extremidades
- Edema com deformidades e limitação funcional em articulações pós-trauma em até 48h, com dor intensa (8 a 10).
- Dor lombar pós-trauma, com dor intensa (8 a 10).
- Glasgow de 9 a 14
- Ferimento com sangramento ativo compressível*
- Relato de violência doméstica, sexual e ou interpessoal
- Corpo estranho em VAS, sem comprometimento respiratório
- Lesões provocadas por animais peçonhentos ou venenosos, sem repercussões ventilatórias e ou hemodinâmicas
- Lesões oculares.

AMARELO

- Edema, limitação funcional pós-trauma, com dor moderada (4 a 7) em até 48h
- Cefaléia, tardia ao trauma, com dor moderada (4 a 7) secundária ao trauma
- Tatuagem traumática (marcas provocadas na pele após contato com objeto durante o trauma).
- Corpo estranho no canal auditivo, nasal ou ocular.
- Ingestão de corpo estranho.
- Suspeita de fraturas fechadas de extremidades, sem deformidade aparente.

4.1.3. Resultados esperados

- Indicadores do painel de gestão à vista alimentados e monitorados mensalmente;
- Melhoria nos indicadores de gestão da qualidade e segurança dos pacientes;
- Redução do número de eventos adversos relacionados ao cuidado prestado;
- Monitoramento constante do perfil epidemiológico hospitalar;
- Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde (CCIRS) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em constante funcionamento com seus planos de ação elaborados e publicados;
- Padronização e controle de documentos institucionais;
- Alcance do selo de qualidade do Instituto Alcance;
- Desenvolvimento constante de ações de melhoria institucional;
- Alta conformidade nas práticas de segurança do paciente na instituição;
- Planos anuais de educação permanente e de capacitação elaborados.

4.1.4. Cronograma

| Descrição da atividade | Mês | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Constituição do Núcleo de Controle de Qualidade | X | | | | | | | | | | | |
| Nomeação dos membros | X | | | | | | | | | | | |
| Instalação da Núcleo | X | | | | | | | | | | | |
| Posse dos membros | X | | | | | | | | | | | |



| Descrição da atividade | Mês | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Reunião ordinária | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Execução das atividade planejadas | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Revisão do Plano de Gestão da Qualidade | | | | | | | | | | | | X |

4.1.5. Orçamento

O orçamento do Núcleo de Controle de Qualidade será elaborado após a definição, em conjunto com a SMS, dos prazos para que o CAM seja certificado com a Acreditação ONA Nível I.

4.2. Proposta de acolhimento com classificação de risco, risco com metodologias validadas, tomando por base a Portaria GM/MS nº 10/2017

4.2.1. Introdução

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), que não é um local, um espaço ou profissional específico para fazê-lo, mas uma postura ética, não pressupõe hora, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Desse modo, é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Esta diretriz traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.

Diante disto, é necessária a qualificação de toda a equipe ligada ao acolhimento ao usuário (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança etc). É importante salientar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; porém, nas “portas de entrada” dos serviços de saúde, podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde, visando promover o primeiro contato com o usuário.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e abraçar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

A classificação de risco como ferramenta da diretriz de acolhimento é um procedimento técnico privativo do enfermeiro, conforme resolução COFEN 661/2021, sendo um instrumento de tomada de decisão baseada em protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiências do enfermeiro. Tem como objetivo

organizar o fluxo e garantir o acesso adequado aos pacientes, que procuram atendimento de urgência ou emergência.

4.2.2. Objetivos do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

São objetivos do ACCR:

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM , entre outros);
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

4.2.3. Atribuições das equipes de ACCR

O ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo.

Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida).

São atribuições do enfermeiro:

- Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;
- Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 661/2021;
- Realizar a Classificação de Risco, segundo o protocolo do Instituto;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;
- Esclarecer e orientar ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;
- Ficar responsável em acionar equipe multiprofissional para atendimento às vítimas de violência;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico para sala do serviço social.

São atribuições dos técnicos de enfermagem:

- Realizar o acolhimento;

- Registrar os dados do usuário no sistema;
- Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco;
- Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);
- Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;
- Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na recepção/sala do serviço social.

São atribuições dos recepcionistas:

- Realizar o registro de informações do usuário no sistema;
- Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;
- Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na recepção/sala do serviço social, caso não tenha sido realizado pelo Acolhimento.

São atribuições dos maqueiros:

- Realizar o transporte seguro interno e externo do paciente sempre que necessário;

- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na recepção/sala do serviço social.

São atribuições do controlador de acesso:

- Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;

- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;

- Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;

- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na recepção/sala do serviço social.

São atribuições da Assiste Social:

- Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQI+;

- Referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigo no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

- Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; Idosos e deficientes sem referência familiar;

- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera ou através das ligações em casos específicos);

- Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;
- Fornecer apoio matricial a equipe nos casos de notícias difíceis;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na emergência;
- Participar do atendimento multiprofissional a pacientes vítimas de violência em qualquer equipamento de saúde.

São atribuições do médico:

- Realizar o atendimento conforme a priorização das cores da classificação de risco;
- Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas e sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;
- Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, para o início do acompanhamento;
- Realizar o redirecionamento do paciente classificado como azul, por escrito (modelo de documento em anexo), para o acolhimento da Unidade Básica de Saúde de Referência;
- Comunicar Notícias Difíceis de forma acolhedora.

4.2.4. Orientações gerais para o fluxo de pacientes no acolhimento e na classificação de risco

4.2.4.1. Como definir RISCO ou PRIORIDADE no acolhimento?

Risco (URGÊNCIA): define prioridade para o atendimento no consultório da Classificação de Risco segundo critérios clínicos.

Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam vulnerabilidades, porém NÃO apresentam risco de agravamento ou de morte (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia, vítimas de violência, pacientes psiquiátricos em surto, militar em serviço e pacientes que apresentam sintomas de SRAG, pessoas com Hemonoglobinopatias, casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19).

4.2.4.2. Avaliação inicial

Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes itens:

Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

Grave esforço respiratório: Quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).

Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

4.2.4.3. Como acontece a Classificação de Risco?

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza. Além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão. Ainda sobre a Classificação de Risco podemos definir os seguintes níveis para organização do atendimento:

VERMELHO: emergência. Risco iminente de morte ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico. Necessitam de atendimento imediato. Deverão ser acompanhados imediatamente para o atendimento médico na sala vermelha.

LARANJA: muito urgente. Potencial risco de morte. Necessitam de atendimento em até 10 minutos. Deverão ser priorizados para a sala de Classificação de Risco e em seguida, acompanhados para o atendimento na sala vermelha. Nas UPAS obrigatoriamente deverão ser atendidos na sala amarela. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 5 minutos.

OBS: Pacientes vítimas de violência deverão ser acompanhados até a sala multiprofissional (hospitais) e consultório médico (UPA). Pacientes com suspeita ou confirmados de COVID-19 deverão ser avaliados e direcionados para atendimento em consultório ou salas correspondentes, conforme a gravidade apresentada no momento. Em casos de pandemia e endemias a cor laranja poderá ser utilizada para priorização dos sintomas relacionados

AMARELO: urgente. Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento em até 60 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento prioritário em consultório médico.

Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 30 minutos.

VERDE: pouco urgente. Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento. Necessitam de atendimento médico em até 120 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento médico em consultório. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 60 minutos.

AZUL: não urgente. São casos de baixa complexidade, portanto não justifica atendimento médico no mesmo dia. Necessitam de atendimento ambulatorial, conforme pactuado previamente com a atenção básica.

4.2.5. Passo a passo do Acolhimento com Classificação de Risco

1ª ETAPA

Ao chegar à unidade, o usuário e seu acompanhante devem ser imediatamente recebidos por um profissional de enfermagem no Acolhimento. Podem chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento.

Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade.

Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – RISCO OU PRIORIDADE. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA

O usuário irá para o Registro/Recepção complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da Classificação de Risco, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA

O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA

- O usuário classificado na cor vermelha deverá ser acompanhado até a sala vermelha.
- Classificado na cor laranja deverá ser priorizado e acompanhado para o atendimento na sala amarela.
- Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade.
- Classificado na cor verde/ cor azul deverão ser orientados sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os consultórios médicos.

5ª ETAPA

Os médicos deverão obrigatoriamente atender os usuários seguindo a ordem prioritária da cor de classificação de risco, conforme preconizado neste protocolo, respeitando os tempos de atendimento.

OBS: Nas Unidades pré-hospitalares com atendimento em PEDIATRIA, os pacientes classificados como vermelho deverão ser acompanhados até a sala vermelha. Já na classificação laranja deverão ser direcionados para sala amarela de observação pediátrica. Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade. Classificado na cor verde deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico, conforme fluxo e protocolo de atendimento. Classificado na cor azul será encaminhado para atenção básica, por escrito. Sempre com seu respectivo acompanhante ou responsável, nas situações em que o acompanhante for menor de idade não responsável pelo paciente (excetua-se pai ou mãe) deverá ser imediatamente comunicado ao Serviço Social.

4.2.6. Situações especiais de atendimento

Pacientes idosos

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes com deficiência:

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes em Acidentes de trabalho

Caso ocorra a necessidade de abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), classificar conforme grau de risco ou situação/queixa, realizar o atendimento, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

Pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais

Caso seja previamente identificado durante o Acolhimento, os pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais, deverão serem atendidos com prioridade, conforme determina a lei nº 8.964, de 03 de agosto de 2020.

Situações Especiais em Pronto Atendimento

Paciente que faça administração de medicamentos de uso contínuo, em posse de receita para continuidade de tratamento será encaminhado para a equipe de enfermagem, em casos onde as UBS não estiverem em funcionamento, como nos finais de semana e feriados, a unidade deverá realizar administração medicamentosa, após avaliação do médico plantonista.

4.2.7. Avaliação e assistência de enfermagem para pacientes adultos

- Deve ser realizada por enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação;
- Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, acompanhando os casos graves para a sala vermelha;

- Reconhecer a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próxima da fala do usuário);
- Relacionar a queixa do usuário aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização - realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- Ser um ouvinte paciente, porém impor limites aos relatos, para não atrapalhar a dinâmica do processo, criando filas desnecessárias;
- Verificar os sinais vitais (temperatura, pressão arterial, dor, frequência respiratória e cardíaca) e realizar exame físico de forma simplificada, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a cor da classificação;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- Realizar busca ativa dos casos que ainda não foram atendidos pelo médico e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo.

OBS: Sempre que houver demora no atendimento médico após a classificação de risco ou mesmo antes do usuário ser classificado, um segundo enfermeiro deverá realizar busca ativa, para diminuir o risco de morte evitáveis em possíveis salas de espera lotadas ou filas de atendimento. Lembrando que os casos mais graves são priorizados, independente do lugar que ocupe nesta fila de espera.

4.2.7.1. Roteiro para a consulta de enfermagem

- A- QPD: Queixa principal e duração;
- B - Antecedente mórbido e medicamentoso;
- C - Sinais vitais e exame físico simplificado;
- D - Exames de apoio (oximetria de pulso, ECG, HGT);
- E - Conduta: Classificação de risco - definição da COR, baseada em protocolo.

4.2.7.2. Observações importantes

- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;
- O protocolo constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- O protocolo constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- O protocolo não se constitui como instrumento de diagnóstico médico;
- O protocolo é baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;
- O protocolo determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;
- Devem ser considerados a subjetividade dos pacientes e seus familiares.

4.2.8. Avaliação e assistência de enfermagem para pacientes pediátricos

- Deve ser realizada por enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação, atendendo a criança sempre com um responsável legal, na ausência deste comunicar imediatamente ao Serviço Social;
- Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, incluindo os sinais observados no acompanhante, acompanhando os casos graves diretamente para a sala vermelha;
- Perguntar ao acompanhante a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próxima da fala do usuário), observando sempre o estado geral da criança;
- Relacionar a queixa relatada pelo acompanhante aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- Enquanto ouvinte, ser acolhedor, de resolutividade aos problemas, objetivando a eficácia e o desperdício de tempo, para não haver aumento do tempo de espera;
- Realizar a aferição da: pressão arterial, temperatura (registrar temperatura referida pelo acompanhante, se houver essa informação), frequência cardíaca e respiratória (verificar durante 01 minuto, devido a irregularidade da frequência) e peso corporal para registrá-los no sistema;
- Verificar os sinais vitais e o exame físico de forma simplificada, aguardando os menores se acalmarem, preferencialmente no colo do acompanhante, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;

- Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais, em caso de RNs e Lactentes a avaliação deve ser realizada de forma mais subjetiva, avaliando posturas, estado mental, agitação e ou irritabilidade, aceitação de dieta, apatia entre outros;
- Determinar o local de atendimento da criança de acordo com a cor da classificação, comunicando ao acompanhante;
- Comunicar o acompanhante sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- Realizar busca ativa dos casos, principalmente em RNs Lactentes e Crianças, com queixas febris e respiratórias, que ainda não foram atendidos pelo profissional e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo SES/RJ.

4.2.8.1. Observações importantes para atendimento em crianças em situações de emergência

- No atendimento em Pediatria deve ser considerada que a MORTALIDADE INFANTIL por causas clínicas na faixa etária entre 01 e 04 anos são as doenças infecciosas, em destaque as gastroenterites e as respiratórias, portanto, as crianças com queixas relacionadas devem ser reavaliadas se o tempo de espera exceder ao preconizado;
- Deve se atentar no atendimento de crianças vítimas de acidentes, principalmente os acidentes externos, em destaque o de trânsito que é a 1ª causa de mortalidade, seguido do afogamento, cuja dinâmica de asfixia tardia, por afogamento secundário deve ser valorizada;
- A PCR em criança é secundária a falência respiratória, portanto é necessário a avaliação rápida e reconhecimento de sinais de aumento de frequência respiratória, batimento de asa de nariz, retrações torácicas, cianose, gemência e alterações de nível de consciência;

- A criança possui menor quantidade de tecido adiposo, o que deixa os órgãos mais próximos uns dos outros, o que aumenta o risco de traumas abdominais e politraumas, do que os adultos;

- As perdas líquidas agudas como diarreia, vômitos e sangramentos são proporcionalmente mais significativas que nos adultos, levando rapidamente à desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, e no caso dos lactentes podem levar a hipoglicemia;

- Observar as crianças que se apresentam muito retraídas, que tem dificuldade de permitir o exame físico, ou que apresentam alterações de comportamento na presença ou ausência do responsável, podem ser potenciais vítimas de abusos e maus tratos, aos sinais de abuso físico e ou mental, esses devem ser relatados no prontuário e comunicados ao assistente social;

- Devem ser considerados sempre a subjetividade dos pacientes e seus familiares nas informações, bem como o contexto social em que se inserem, avaliando assim o grau de vulnerabilidade em que o núcleo familiar está inserido.



4.2.9. Descritores de Atendimento Adulto

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

| | |
|-----------------|---|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Parada cardiorrespiratória. • Iminência de parada cardiorrespiratória. • Bradicardia (FC \leq 40 bpm). • Hipertensão (PA qualquer valor), com sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica. • Hipertensão (PA $>$180x120 mmHg), associada a lesão aguda de órgão-alvo (sinais de má perfusão). • Hipotensão (PAS \leq 90 mmHg e/ou PAM \leq 65), com sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia (FC \geq 41 e \leq 50 bpm) com sinais de má perfusão ou alteração neurológica. • Dor torácica, pressão torácica retroesternal em queimação ou "peso", irradiação ocasional para pescoço, mandíbula, epigástrico, ombros ou membro superior esquerdo (MSE). |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia (FC $>$ 51 bpm $<$ 60) ou taquicardia (FC $>$ 140 bpm) com estado mental preservado, sem sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica • Hipertensão (PA $>$180x120 mmHg), sem lesão aguda de órgão-alvo ou piora de lesão (assintomático) |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão \leq179x119 mmHg (assintomático) |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão PAS \geq130 a 139 x 80 mmHg (assintomático) |

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

| | |
|-----------------|--|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Perda ou rebaixamento do nível de consciência (comatoso ou torporoso) • Convulsão ou pós comicial não responsivo • Dislalia ou disartria agudas, desvio de comissura labial agudo e déficit motor/sensitivo agudo (hemiplegia, hemiparestesia, hemiparesia) • Perda súbita da visão • Cefaléia intensa, vômito em jato, rigidez de nuca, fotofobia. • Anisocoria aguda • Intoxicação exógena com alteração do nível de consciência e/ou sinais vitais alterados. • Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo menor que 4:30h. |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Alteração do nível de consciência (obnubilado ou sonolento). • Alterações cognitivas e comportamentais (agressividade/perda de memória recente). • Pós comicial imediato responsivo • Intoxicação exógena, sem alteração do nível de consciência • Déficit cognitivo crônico por sequela ou demência com agudização • Nistagmo • Dislalia ou disartria ou déficit motor/sensitivo nas últimas 24h. • Aura epilética (escotomas, vultos e brilhos) • Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo maior que 4:30h |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Relato de convulsão nas últimas <6h, sem crise no momento, com sinais vitais normais. |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitivo crônico por sequela ou demência, sem alterações neurológicas agudas • Relato de convulsão de 6 a 12 horas e sem crise no momento, com sinais vitais normais. |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Troca de receita para medicamento de uso contínuo. • Relato de convulsão com mais de 12 horas e sem crise no momento, com sinais vitais normais. |
| ATENÇÃO | <p>Alterações glicêmicas, doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação, libação alcoólica, doenças psiquiátricas (surto agudização)</p> |

ALTERAÇÕES TRAUMA
VERDE

- Dor lombar, tardia ao trauma, com dor moderada (4 a 7)
- Trauma em extremidades com sinais vitais normais e dor leve (1 a 3)
- Escoriações imediatas
- Ferimentos em tórax, abdômen ou membros, sem sangramento, com sinais flogísticos*
- Avaliação de imobilizações que apresentem comprometimento segmentar

AZUL

- Escoriações tardias com ou sem sinais flogísticos, sem febre
- Procura por imunobiológicos em casos de mordeduras superficiais sem flogose
- Troca /retirada de imobilizações gessadas.
- Troca de curativo.
- Retirada de pontos.
- Solicitação de laudo médico

ATENÇÃO

Observar deformidade associada à solução de continuidade da pele, limitação funcional. Observar mecanismo de trauma
 Início da gravidade, evolução dos sintomas
 Deterioração do quadro neurológico (Escala de coma de Glasgow - anexo)
 Queda da própria altura com trauma
 Observar cefaleia, com dor intensa, sonolência, náusea, e/ou vômito, sinal de Guaxinim, secundário ao trauma craniano
 *Incluir mordeduras

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS
VERMELHO

- Perda ou abaixamento do nível de consciência.
- Febre súbita $\geq 40^{\circ}\text{C}$, com tremores, calafrios.
- Hipotensão (Pressão Arterial sistólica < 80 mmHg), Taquicardia (FC > 140 bpm) ou bradicardia (FC < 40 bpm), Pulso filiforme e rápido
- Repercussão ventilatória com saturação $< 90\%$ com ou sem tiragem intercostal e/ou batimento de asas do nariz
- Edema de glote (inchaço na garganta e/ou dificuldade respiratória).
- Palidez acentuada, pele fria e pegajosa, sudorese, cianose, enchimento capilar lentificado $> 2\text{s}$, hipotensão ortostática
- PA convergente (diferença entre sistólica e diastólica < 20 mmHg).
- Eritema purpúreo, petéquias, vasculites com rigidez de nuca
- Vômitos em jato com rigidez de nuca
- Epistaxe com instabilidade hemodinâmica
- Cefaleia intensa, súbita e/ou persistente, com sinais neurológicos. (EVA 8 a 10).
- Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo menor que 4.30h.
- HGT < 70 mg/dL com: Alteração do nível de consciência, Visão turva, Pele fria e pegajosa.
- HGT ≥ 300 mg/dL com: Visão turva, Pulso anormal, Taquipneia, Hálito cetônico, Prostração, Pele fria e pegajosa.

LARANJA

- Alterações dos níveis de consciência (não classificadas em outros descritores).
- Edema difuso em face (angioedema) e/ou eritema disseminado (placas urticariformes pelo corpo - prurido)
- Epistaxe sem instabilidade hemodinâmica
- Cefaleia intensa (EVA - 8 a 10), súbita e/ou persistente, sem sinais neurológicos.
- Febre entre 39°C a $39,9^{\circ}\text{C}$ associados a outros sinais e sintomas.
- Taquipnéia FR > 25 irpm.
- Vômitos em jato sem rigidez de nuca
- Otorréia com febre
- Dor, edema e empastamento de panturrilha (as)
- Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo maior que 4.30h
- HGT < 70 mg/dL ou > 300 mg/dL assintomático
- Dor intensa (EVA - 8 a 10) em pacientes com hemoglobinopatias
- Vômitos frequentes com dor abdominal esparsa e com icterícia em pacientes com hemoglobinopatias

ATENÇÃO

Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, choque pirogênico, choque anafilático e intoxicação exógena

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAL E GENITOURINÁRIO

| | |
|-----------------|---|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Hematêmese, enterorragia e/ou melena, com instabilidade hemodinâmica. • Hematúria maciça com instabilidade hemodinâmica. • Dor abdominal intensa à palpação • Sangramento vaginal ativo (com instabilidade hemodinâmica). • Qualquer dor abdominal com icterícia e/ou sangramento ativo |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Diarreia com presença de sangue e sinais desidratação • Retenção urinária aguda, anúria ou oligúria (Atentar para troca de CVD em casos de obstrução) • Lombalgia refratária a analgesia • Hematêmese, enterorragia e/ou melena, sem instabilidade hemodinâmica. • Priapismo em pacientes com hemoglobinopatias |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal e/ou distensão moderada, com febre • Sangramento vaginal ativo (sem instabilidade) • Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, com febre • Diarreia com sinais de desidratação e/ou febre. • Vômitos com sinais de desidratação. |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal leve sem outros sinais/sintomas • Diarreia sem sinais de desidratação • Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, sem febre. |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Troca de CVD sem obstrução • Diarreia crônica, sem sinais de desidratação |
| ATENÇÃO | Diarreia aguda = acima de 6 episódios, com evacuações líquida ou pastosa |

DISTÚRPIO PSIQUIÁTRICO OU COMPORTAMENTAL

| | |
|-----------------|--|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação exógena com alteração do nível de consciência e/ou sinais vitais alterados. • Autoflagelação com lesões contundentes e/ou profundas; Sangramento ativo incontrolável. • Tentativa de suicídio com ou sem agitação psicomotora. |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de impregnação medicamentosa com <ul style="list-style-type: none"> - Distonia, hipotonia ou hipertonia muscular, - Tremores, - Agitação psicomotora, - Alucinações • Autoflagelação com lesões contundentes e sangramento ativo compressível • Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência auto ou hetero agressão • Delirium (síndrome de abstinência moderada a grave). |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Crise de pânico ou ansiedade • Pensamento suicida • Autoflagelação com lesões superficiais. • Histeria. • Euforia. |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Histórico psiquiátrico com leve ou moderada alteração comportamental • História de depressão, luto, reação adaptativa • Relato de insônia. |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Etilismo crônico sem alterações sistêmicas agudas. • Troca de receita para prescrição medicamentosa. • Encaminhamentos para especialidades médicas. |
| ATENÇÃO | Hipoxemia e hipoglicemia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental. Avaliar a história clínica, medicamentosa e relato familiar. Caso esteja sem acompanhante, priorizar atendimento. |

| SÍNDROMES NEUROMOTORAS | |
|------------------------|--|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Dor intensa, aguda ou crônica agudizada (EVA 8 a 10) • Paresia/Plegia aguda • Dor em segmentos com sinal de isquemia |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Dor intensa, aguda ou crônica agudizada (EVA 8 a 10) - com imobilidade ou, - com sinais flogísticos em articulação |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Dor moderada, aguda ou crônica (EVA 4 a 7) • Lombalgia com imobilidade e/ou edema local. • Parestesia em segmentos |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Dor leve (EVA 1 a 3) aguda ou crônica, sem isquemia, sem déficit motor, com diminuição da capacidade motora • Lombalgia sem déficit motor ou que irradia para os membros inferiores • Artralgia sem sinais de flogose. • Edemas em articulações dos MMSS OU MMII. |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Dores crônicas sem outros sinais/sintomas (tendinites, bursites, sinovites). |

4.2.10. Descritores Atendimento Pediátrico

| ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS | |
|--------------------------|---|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Letargia ou agitação • Estridor em repouso (corpo estranho) • Apneia ou bradipneia / gemência no lactente. • Sinais de desconforto respiratório grave. • Tiragem subcostal intensa, taquipneia (Retração de fúrcula externa) • Cianose (SO₂ < 90%) • Choque |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Taquipneia sem esforço ou com tiragem intercostal leve. • Estridor ao choro sem cianose (criança menor de 3 anos) • Fala entrecortada ou choro entrecortado com SO₂ acima de 91%. • Cianose ao choro |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Desconforto respiratório leve • Taquipneia com tiragem intercostal leve, estridor ao choro, sem cianose |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas gripais. • Dor de garganta, tosse produtiva. • Otorreia. • Otalgia. |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Resfriado sem febre. • Coriza, obstrução nasal sem dificuldade respiratória. • Ausência de sinais de desconforto respiratório. |

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES
VERMELHO

- Parada cardiorrespiratória.
- Perda do nível de consciência, bradipneia, gasping (padrão respiratório irregular)
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.
- Bradicardia (FC < 40 bpm)
- Síncope, hipotimia, sudorese, extremidades frias e pegajosas, cianose
- Taquicardia, pulso periférico fino
- Pele e extremidades frias.
- Cardiopatia congênita cianótica

LARANJA

- Com alterações de sinais vitais.
- Sudorese fria
- Cardiopatia congênita acianótica.
- Cianose periférica.

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS
VERMELHO

- Convulsão no momento.
- Pós-comicial não responsivo
- Perda nível consciência
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8

LARANJA

- Relato de crise convulsiva ou estado pós-comicial responsivo.
- Escala de Coma de Glasgow - 9 a 13.
- Cefaleia intensa (escala de dor - 8 a 10).
- Sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela).
- Letargia ou hipoatividade
- Irritabilidade (choro incontrolável) em criança menor de 3 meses.

AMARELO

- Hipotonia, flacidez, déficit focal na criança lúcida.
- Escala de Coma de Glasgow - 14 a 15.
- Dor moderada (4 a 7).

VERDE

- Dor leve (1 a 3)

AZUL

- Diagnóstico anterior de doença neurológica para adequação de medicamentos.

| ALTERAÇÕES SISTÊMICAS | |
|-----------------------|--|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Letargia, inconsciência • Desidratação grave com sinais de choque. • Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8 • Hipotermia ou Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 37,8C no RN • Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 40,5C • Anafilaxia grave (edema de glote e angioedema) |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Dor intensa (8 a 10). • Taquicardia, olhos fundos, boca seca e fontanela deprimida no lactente. • Sangramento vaginal. • Distensão abdominal e vômitos no RN. • Dor abdominal intensa • Urticária gigante. • Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 39,5C a 40,4C. |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Dor moderada (4 a 7). • Desidratação sem choque. • Icterícia extensa no recém-nascido. • Diarreia com presença de sangue • Desnutrição grave sem hipotermia e/ ou hipoglicemia. • Dor abdominal moderada (4 a 7). • Distensão abdominal moderada • Placas urticariformes • Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 39,4C a 39,9C. |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Dor leve (1 a 3) • Diarreia e vômitos sem desidratação. • Dor abdominal leve (1 a 3) • Disúria • Odinofagia (dor para engolir). • Icterícia persistente no lactente < 3 meses. • Eliminação de vermes. • Prurido • Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou < que 38,8C. |

| ALTERAÇÕES SISTÊMICAS | |
|-----------------------|--|
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de sinais de choque ou desidratação. • Cólica ou constipação sem outros sinais ou sintomas associados. • Dermatite de contato |
| ATENÇÃO | Para infecção, hipoglicemia (fazer glicemia capilar) |

QUEIMADURAS E FERIDAS

| | |
|-----------------|---|
| VERMELHO | <ul style="list-style-type: none"> • Grande queimado > 20% SCQ ou com comprometimento de vias aéreas. • Queimadura elétrica, química e/ou inalatória em qualquer percentual. • Queimaduras de 3º grau |
| LARANJA | <ul style="list-style-type: none"> • Queimadura de 2º grau < 20 % em SCQ. • Onfalite no RN |
| AMARELO | <ul style="list-style-type: none"> • Queimadura de 2º grau < 10% SCQ, em área não crítica, não circular. • Processo inflamatório nas articulações/partes moles – artrite. • Celulite de face. • Miíase intensa com celulite associada. • Impetigo em menor que 6 meses. • Sinais de intermação e insolação |
| VERDE | <ul style="list-style-type: none"> • Queimadura de 1º grau. • Feridas infectadas sem celulite circundante. • Miíase sem infecção. |
| AZUL | <ul style="list-style-type: none"> • Assadura não extensa no períneo. • Lesões cutâneas sem sangramento • Milium no RN (pequenos pontinhos amarelos no nariz). • Rebrada de pontos. • Curativo simples. • Impetigo (em escolar). |
| ATENÇÃO | <p>Sinais de intermação e insolação</p> <p>Intermação - bradpneia, taquicardia, febre > 40°.</p> <p>Insolação - Cefaleia, tontura, febre, calor, sudorese intensa, queimaduras de pele, vômito e diarreia</p> |

4.2.11. Fluxograma de atendimento adulto

Figura 35 - Fluxograma paciente comum

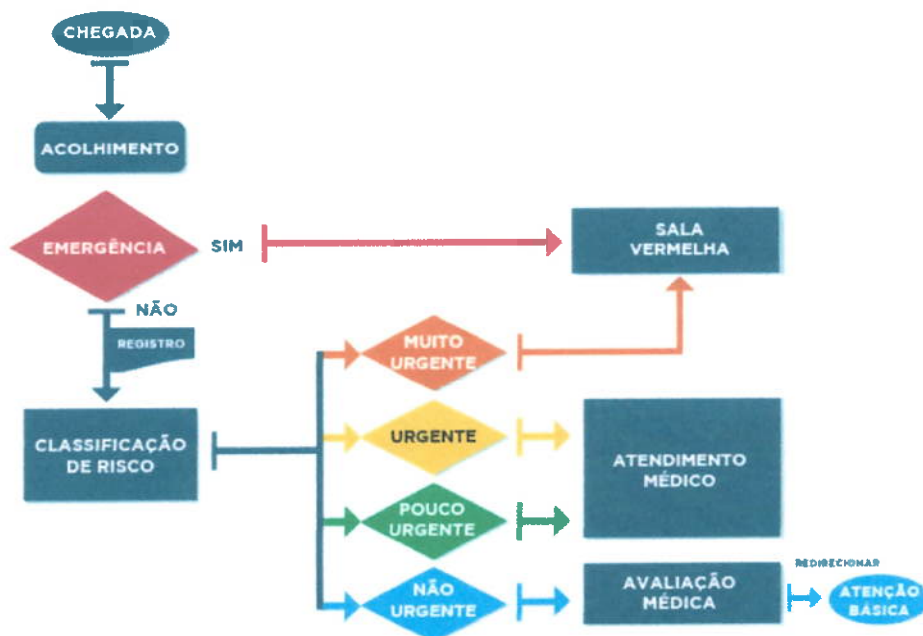


Figura 36 - Fluxograma paciente com entrada em ambulância

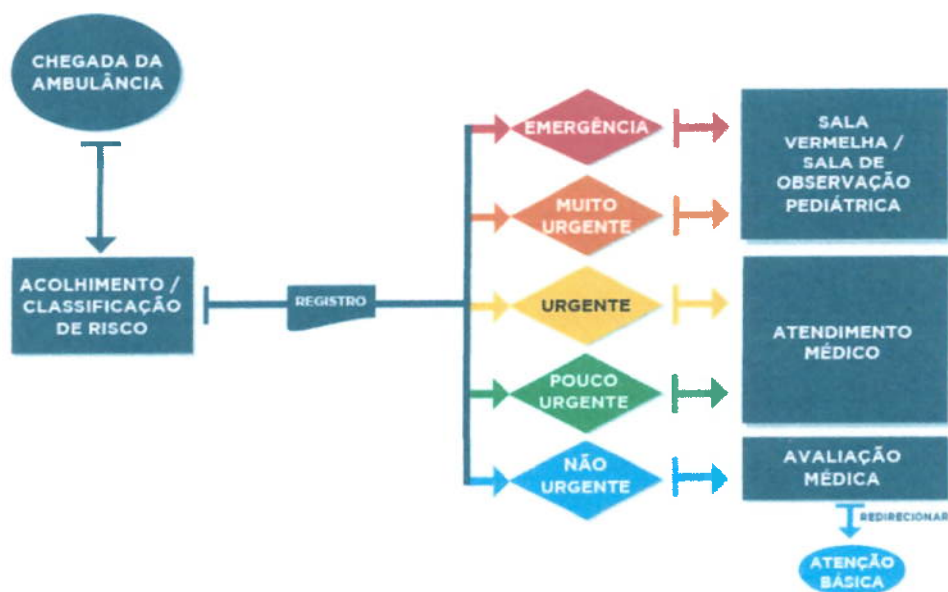


4.2.12. Fluxograma de atendimento pediátrico

Figura 37 - Fluxograma paciente pediátrico comum

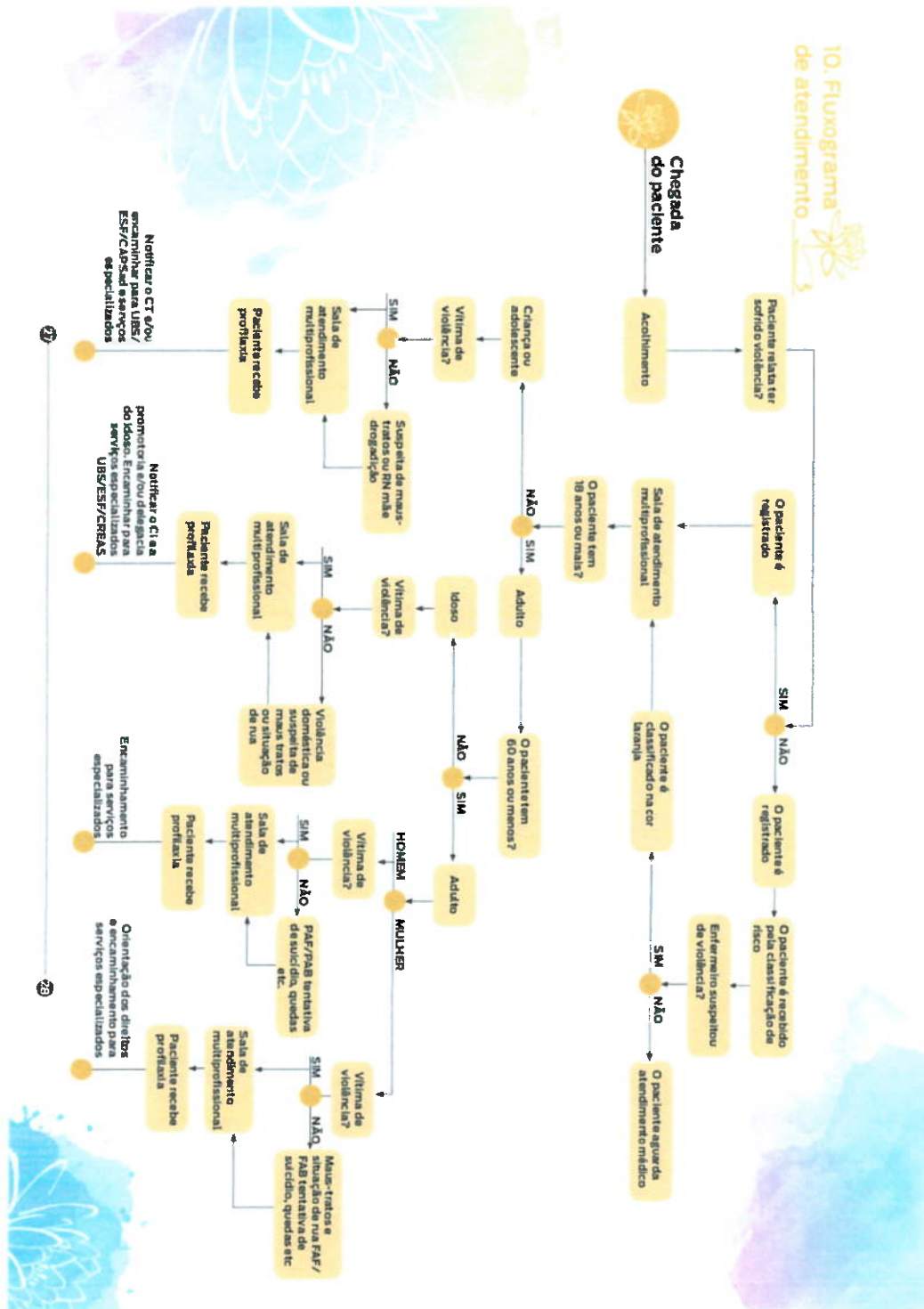


Figura 38 - Fluxograma paciente pediátrico com entrada em ambulância



4.2.13. Fluxograma de atendimento vítima de violência

Figura 38 - Fluxograma de atendimento de vítima de violência



4.2.14 - Ferramentas para avaliação da enfermagem

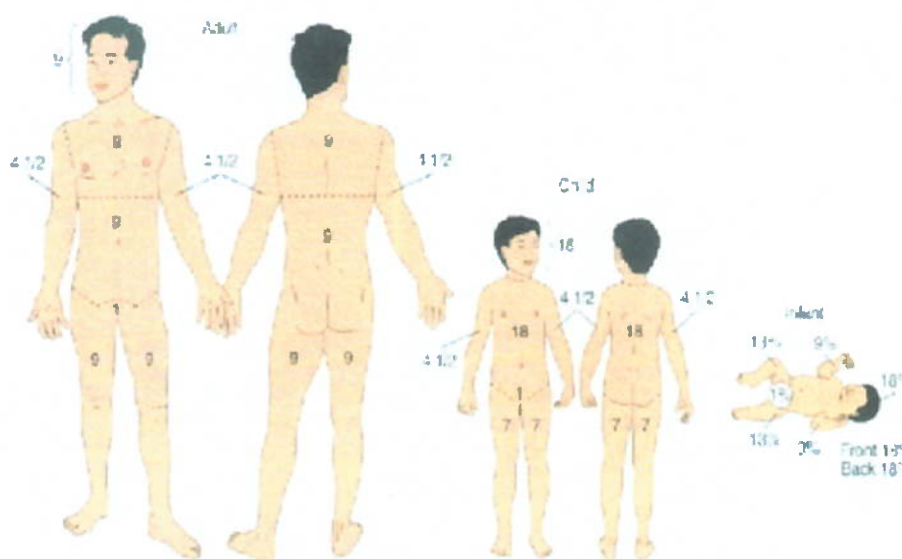
Figura 39 - Escala numérica e visual de dor

Escala Numérica e Visual de Dor



Figura 40 - Classificação de superfície corporal queimada

Classificação de Superfície Corporal Queimada



4.3. Proposta para implantação de núcleo de segurança do paciente

4.3.1. Proposta e regimento interno

DEFINIÇÕES

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à s à segurança do paciente em âmbito hospitalar.

Este programa visa, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. O programa é constituído por uma comissão, sendo ela um o órgão de assessoria da diretoria clínica e administrativa do Hospital.

- Programa de Segurança do paciente tem por objetivo:
 - Padronizar as atividades da equipe multiprofissionais da unidade;
 - Garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso;
 - Reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde;
 - Promover uma cirurgia/procedimentos mais seguros;

- Evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes;
- Garantir a medicação correta em transições dos cuidados.
- Evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado (administrar medicamento, colher amostra para exame, infundir bolsa de sangue etc.).

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Direção do Hospital.

Art. 3º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada à Direção do Hospital Municipal.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e se melhorar a atenção à saúde.

6º Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 7º Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em dano à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos:

- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.
- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.
- Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.
- Óbito intra operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

II - Eventos relacionados a produtos:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a s ao uso de medicamentos.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.
- Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células)
- contaminados.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV- Eventos relacionados às à gestão do cuidado:

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Qualquer lesão por pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/comparecimento no serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado.
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V- Eventos ambientais

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás

- errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VIII- Eventos criminais potenciais

- Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado
- de saúde licenciado.
- Sequestro de paciente de qualquer idade.
- Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 10 O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11 A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 12 Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13 Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 14 Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II - DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15 Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas:

- I. Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar.
- II. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013

III. Resolução - RDC N° C N° 36, de 25 de julho de 2013

IV. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art.16 O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Municipal deve ser composto, por:

- I. Um representante da Direção Hospitalar
- II. Um representante da CCIRS, Vigilância epidemiológica e Resíduos;
- III. Um representante do Serviço de Farmácia e Terapêutica;
- IV. Um representante do Corpo Médico;
- V. Um representante do Serviço de Enfermagem;

CAPÍTULO IV - DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.17 Princípios e diretrizes do Núcleo:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e serviços e notificadores envolvidos e serviços em incidentes e serviços em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 18 Competências do Núcleo de Segurança do Paciente:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do

Paciente;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;

IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a is a outros se s serviços na instituição;

VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XX. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos a s adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

Art. 19 Das Atribuições comuns aos membros:

- I. Participar das reuniões, atividades e ações do NSP;
- II. Realizar campanhas, cursos e palestras sobre a temática de NSP de acordo com sua formação;
- III. Propor e executar protocolos de segurança do paciente;
- IV. Interagir e dialogar com a equipe multiprofissional da Instituição;
- V. Assessorar tecnicamente a gestão, comissões e demais instâncias da fundação nos assuntos relacionados à segurança do paciente;

Art. 20 Competências do Gestor/administradores Hospitalar:

- I. apoiar a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente;
- II. Elaborar e disseminar o processo de implantação e manutenção do NSP;
- III. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NSP;
- IV. Proporcionar e estimular a integração entre os diversos setores do ambiente hospitalar visando a notificação e investigação imediata quando da suspeita da ocorrência de agravos;
- V. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a Direção máxima do Hospital deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do hospital.

Art. 21 Competências do Gestor do NSP:

- I. Viabilizar o funcionamento do NSP;

- II. Representar o NSP em conselhos e convocações extra hospitalares;
- III. Aprovar as diretrizes do NSP;
- IV. Despachar expedientes e subscrever documentos do NSP;
- V. Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros do NSP;
- VI. Dirigir os trabalhos do NSP;
- VII. Assinar toda a documentação do NSP;
- VIII. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do NSP;
- IX. Definir com os membros consultores e executores do NSP as diretrizes para a ação do NSP;
- X. Ratificar o programa anual dos membros executores do NSP;
- XI. Avaliar o Programa de metas e ações do NSP;
- XII. Avaliar sistemática e periodicamente as informações previstas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as ações propostas pelos membros executores do NSP;

CAPÍTULO V - DAS REUNIÕES

Art. 22 - As reuniões da Comissão do Núcleo serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente) em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros;

Art. 23 - As reuniões extraordinárias e / ou em caráter urgência poderão ser convocadas por qualquer membro da comissão;

Art. 24 - Os assuntos a serem tratados em cada reunião poderão ser relatados pelo presidente ou por qualquer de seus membros;

Art. 25 - A Comissão incluirá trimestralmente em uma de suas reuniões, a apresentação de um trabalho ou relato de interesse científico, podendo para isso contar com a participação de convidados de sua escolha;

Art. 26 - As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Gestor, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um dos membros da Comissão;

Art. 27 - Os membros da Comissão que faltarem 3 reuniões ordinárias, sem justificativas prévias serão, automaticamente, considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminha do ao Diretor.

Art. 28 - As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros do NSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 29 - Este regulamento entrará em vigor da na data de sua aprovação pela Diretoria Geral, revogando-se as disposições em contrário.

4.3.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual

| Descrição da atividade | Mês | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Constituição da comissão | X | | | | | | | | | | | | |
| Nomeação dos membros | X | | | | | | | | | | | | |
| Instalação da comissão | X | | | | | | | | | | | | |
| Posse dos membros | X | | | | | | | | | | | | |
| Reunião ordinária | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |



4.4. Proposta para implantação de protocolo Parada respiratória e cardiorrespiratória, conforme ACLS, com adaptações para o CAM

4.4.1. Introdução

Parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a cessação súbita da função mecânica cardíaca com consequente colapso hemodinâmico.

- Utilizamos o termo “parada cardiorrespiratória” para aqueles eventos que foram rapidamente detectados, enquanto ainda há possibilidade de retorno da circulação espontânea por meio de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
- Os casos que evoluem para óbito ou aqueles em que a ressuscitação cardiopulmonar não for executada devem ser chamados de morte súbita cardiovascular.

A PCR ocorre concomitantemente ou logo após o aparecimento de sintomas e é sempre uma situação extrema de emergência médica. As chances de sobrevivência dependem do rápido reconhecimento e do início imediato de manobras adequadas de RCP.

Apesar do desenvolvimento e da difusão de protocolos estruturados de RCP nos últimos 50 anos, as taxas de sobrevivência continuam baixas. A melhor maneira de oferecer compressões torácicas e suporte ventilatório durante a PCR se mantém incerta.

Apesar da letalidade e da alta frequência dessa condição, ainda vivemos diante do desconhecido, visto que apenas 25% das recomendações da American Heart Association (AHA) são classe I, e apenas 1% das evidências são nível A.

4.4.2. Epidemiologia

Anualmente cerca de 8 milhões de pessoas são vítimas de PCR no mundo, metade delas com menos de 65 anos. Cerca de 70% das PCR são extra-hospitalares e 80%

apresentam fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TVsp). Por outro lado, a maioria das PCR intra-hospitalares se apresenta como atividade elétrica sem pulso (AESP) ou assistolia.

A principal etiologia da PCR é o infarto agudo do miocárdio (IAM), mas outras etiologias, como as emergências neurológicas, perfazem em torno de 16% das paradas cardiorrespiratórias extra-hospitalares.

As estatísticas sobre parada cardiorrespiratória são bastante variáveis entre países e mesmo entre regiões de um mesmo país. Na América do Norte, aproximadamente 300.000 pacientes são vítimas de PCR extra-hospitalar (PCR-ExH) anualmente, enquanto na Europa esse número é por volta de 275.000. Quando se consideram somente os pacientes que foram submetidos à RCP, esse número na Europa varia entre 16 e 119 a cada 100.000 habitantes por ano. Em uma revisão sistemática foram incluídos artigos de diversos países referentes à epidemiologia da PCR-ExH. Os autores analisaram uma população total de 100 milhões de habitantes e 178.440 casos de PCR. A incidência média global da PCR-ExH na população adulta foi de 95,9 por 100.000 habitantes por ano, sendo na Ásia 52,5, na Europa 86,4, na América do Norte 98,1, e na Austrália 112,9.

Apesar dos esforços visando ao atendimento básico de vida pelo leigo, apenas 45% iniciam RCP, e o desfibrilador externo automático é ligado em apenas 1% dos casos domiciliares e 8% dos casos em ambientes públicos.

Um estudo brasileiro realizado em Porto Alegre entre janeiro e outubro de 2008 contabilizou 593 casos de PCR não traumática com 260 tentativas de ressuscitação, números parecidos aos dos outros países. Se extrapolarmos os dados desse estudo para todo o Brasil, podemos estimar que ocorrem aproximadamente 220 mil PCR ao ano, sendo 180 mil em ambiente pré-hospitalar.

Em relação à sobrevivência, os números são ainda mais díspares. Considerando-se que o prognóstico de um paciente após uma ressuscitação bem-sucedida depende em grande parte da condição do sistema nervoso central (SNC) e que a preservação da função do SNC depende de um rápido reconhecimento e adequada RCP, fica claro que

onde a “corrente de sobrevivência” é mais eficaz, o número de pacientes que se recuperam é maior, podendo a ressuscitação cardiopulmonar imediata duplicar ou triplicar as chances de sobrevivência a uma FV. Se a FV permanecer sem atendimento por 15 minutos, ela deteriora para assistolia. Cada minuto de um ritmo chocável sem desfibrilação diminui em 10% a chance de sobrevivência, de modo que após 12 minutos essa chance varia de 0 a 5%.

A sobrevida média de pacientes adultos com PCR-ExH é, de acordo com uma grande metanálise global, de aproximadamente 7%, sendo que uma maior taxa de sobrevivência, de 8 a 11%, é relatada em pacientes cuja PCR ocorreu em um momento em que o atendimento pré-hospitalar já estava no local. Nos Estados Unidos a média é de 7,9%, porém com grandes variações regionais. É importante ressaltar que esses números vêm aumentando, principalmente devido à conscientização da comunidade e ao treinamento de leigos e equipes médicas. Ainda nos Estados Unidos, a taxa de sobrevivência até a chegada ao hospital de pacientes atendidos na rua subiu de 14,3% em 2006 para 20,8% em 2012. Contudo, a mortalidade da PCR-ExH permanece alta, sendo que apenas 25% dos pacientes alcançam retorno da circulação espontânea (RCE) e menos de 10% a alta hospitalar. Se o serviço médico de emergência for prontamente ativado, chegar no local da vítima em 5 minutos e entregar precocemente o choque, a taxa de sobrevivência máxima esperada para esse paciente é de 30%.

Quando são avaliadas somente as PCR que ocorrem em pacientes internados em hospitais, os números são diferentes, com uma taxa de retorno da circulação espontânea variando em torno de 50%, e isso é atribuído à maior vigilância e, conseqüentemente, maior rapidez com que medidas de ressuscitação são realizadas. Um estudo norte-americano mostrou que a incidência geral de parada cardiorrespiratória intra-hospitalar (PCR-InH) em idosos foi de 2,73 eventos por 1.000 internações e a sobrevida global após RCP foi de 18,3%. É interessante notar que não houve melhora significativa desses números em mais de duas décadas. Em adultos jovens internados (18 a 64 anos de idade) foram identificadas 236.069 PCR entre 2007 e 2012 nos Estados Unidos. Nessa amostra, 30,4% sobreviveram até a alta hospitalar, sendo que sexo feminino e ritmo chocável foram fatores associados com melhor prognóstico. Felizmente, dos pacientes que sobrevivem à alta hospitalar, independentemente da apresentação inicial, 78% evoluem com boa função neurológica.

4.4.3. Diagnóstico

Para o correto diagnóstico da PCR, devemos verificar se a vítima se encontra com:

1. Ausência de resposta:

- Após chamado e toque vigoroso nos dois ombros.

2. Ausência de respiração ou respiração irregular (gasping):

- O gasping pode durar vários minutos.

3. Ausência de pulso central:

- Checar pulso carotídeo ou femoral.
- Se houver dúvida ou o pulso não for detectado em até 10 segundos, a

RCP deverá ser iniciada.

Identificado o paciente em PCR, é preciso iniciar o atendimento rápido e eficaz por meio do suporte básico de vida (BLS) que será descrito posteriormente.

Caso a vítima se encontre com pulso presente e respiração normal, apenas aguarde o serviço médico de emergência.

Se a vítima se encontrar com pulso presente e respiração ausente ou irregular, realize 1 ventilação de resgate a cada 6 segundos, cheque pulso a cada 2 minutos, administre naloxone se suspeita de intoxicação por opioides e aguarde o serviço médico de emergência (SME).

Diagnosticada a PCR, uma das primeiras providências é instalar um monitor para obter o ritmo cardíaco, seja de maneira automática (desfibrilador externo automático - DEA) ou não. O objetivo é identificar ritmos que possam ser chocáveis.

Os ritmos que podem ser encontrados nos pacientes em PCR estão mostrados na Figura 41.

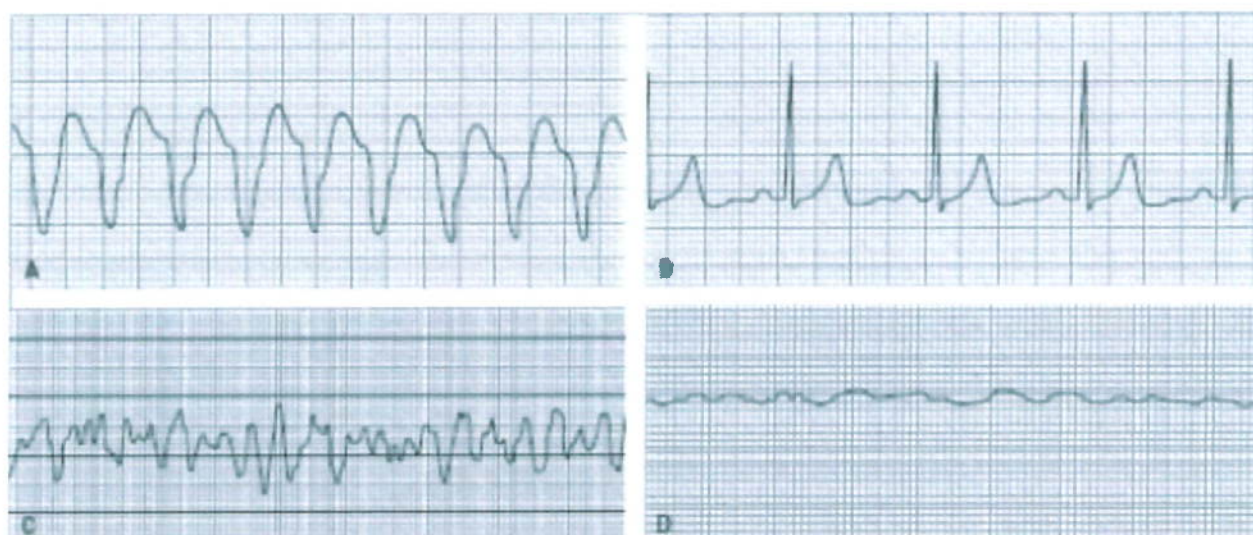
Causas de parada cardiorrespiratória

A determinação da causa da parada cardiorrespiratória no atendimento inicial é difícil, e muitas vezes informações sobre idade, anamnese, comorbidades e medicações não estão disponíveis ou não são confiáveis.

Na maioria das vezes, a PCR é decorrente de patologias do coração, destacando-se o infarto agudo do miocárdio (IAM). Outras causas cardíacas menos comuns são: cardiomiopatia hipertrófica; síndrome de Brugada; síndrome do QT longo; síndrome do QT curto; taquicardia ventricular polimórfica e cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito.

A causa metabólica mais comum de PCR é a hipercalemia, frequentemente observada em pacientes com insuficiência renal. A progressão da hipercalemia pode resultar em PCR em qualquer ritmo de parada, mas principalmente em AESP.

Figura 41 - Ritmos cardíacos encontrados em pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR). (A) Taquicardia ventricular – sem pulso. (B) Atividade elétrica sem pulso. (C) Fibrilação ventricular. (D) Assistolia.



A eletrocussão também pode levar a PCR por arritmias ou hipóxia. Corrente elétrica alternada entre 100 mA e 1 A geralmente leva à parada por FV, ao passo que uma corrente elétrica acima de 10 A pode levar à assistolia.

Hipotermia e afogamento são causas de PCR que podem se manifestar em qualquer ritmo de parada e seu manejo envolve medidas invasivas de aquecimento e ressuscitação prolongada.

O exame físico constitui uma importante ferramenta na avaliação dos pacientes em PCR. Por meio dele é possível determinar possíveis etiologias e instaurar terapias específicas visando ao tratamento das causas reversíveis.

Pacientes portadores de fístulas arteriovenosas, que podem sugerir hipercalemia como causa da parada.

- Pacientes com cicatriz de esternotomia de provável revascularização cardíaca devem atentar à possibilidade de coronariopatia.
- O aspecto geral (palidez) e a distensão abdominal (p. ex., aneurisma de aorta abdominal roto) podem indicar hemorragia e, portanto, hipovolemia como causa.
- Distensão jugular pode indicar tromboembolismo pulmonar, tamponamento cardíaco ou pneumotórax hipertensivo.
- Via aérea com secreções pode indicar obstrução de via aérea superior.
- Lesões perfurativas de pele podem indicar uso de drogas.
- Queimaduras de região distal de membros indicam eletrocussão.
- Infelizmente, o exame físico fornece pouca evidência em relação à duração da PCR.
- Pupilas dilatam após 1 minuto de PCR, mas se tornam mióticas após o início da RCP.
- O lívido reticular e o rigor mortis se desenvolvem após horas de PCR.
- A temperatura não é um preditor confiável do tempo de PCR, já que não diminui significativamente durante as primeiras horas.

Exames laboratoriais

Amostras intermitentes de sangue venoso ou arterial para gasometria ou análise bioquímica são de uso limitado durante a PCR.

Eletrólitos podem ser coletados para descartar causas reversíveis de PCR como a hipercalemia; contudo, se houver a suspeita clínica, a terapia deve ser iniciada de forma empírica.

Outros exames laboratoriais frequentemente não estão disponíveis para realização durante uma PCR, mas devem ser feitos para confirmar o diagnóstico após uma ressuscitação bem-sucedida.

4.4.4. Tratamento

Suporte básico de vida

O suporte básico de vida (BLS) contém o alicerce de conhecimentos necessários para salvar vidas após uma PCR e deve ser disseminado entre médicos e leigos.

Os aspectos fundamentais do BLS em adultos incluem (Figuras 42 e 43):

1. Reconhecimento imediato de parada cardiorrespiratória.
2. Ativação imediata do sistema de resposta a emergências.
3. Manuseio básico de vias aéreas.
4. RCP precoce e de alta qualidade.
5. Desfibrilação rápida com um desfibrilador externo automático (DEA).

Figura 42 - Conduta diante de um paciente em PCR-ExH ("corrente de sobrevivência")



Figura 43 - Conduta diante de um paciente em PCR-InH ("corrente de sobrevivência")



Tabela 8 - Causas não traumáticas de parada cardiorrespiratória

| Causa geral | Causa específica | Patologia/agente |
|---------------------|---------------------------------|---|
| Cardíaca | | Doença arterial coronariana Cardiomiopatia Anormalidades estruturais Disfunção valvar |
| Respiratória | Hipoventilação | Disfunção do sistema nervoso central Doença neuromuscular Tóxicos Encefalopatia metabólica |
| | Obstrução da via aérea superior | Disfunção do sistema nervoso central Corpo estranho Infecção Neoplasia |
| | Disfunção pulmonar | Asma/doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) Edema agudo pulmonar Tromboembolismo pulmonar |
| Circulatória | Obstrução mecânica | Pneumotórax hipertensivo Tamponamento cardíaco Tromboembolismo pulmonar |
| | Hipovolemia | Hemorragia |
| | Tônus muscular | Sepse Neurogênico |