

**PROPOSTA DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO, A
OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA UPA DR.
JAMIL SEBBA, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº
02/2024**

**CATALÃO
2024**

[Handwritten signature]
Parte

2/2

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: FER-MAR	
PADRÃO: CHECKLIST DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA TERMODESINFECTORA TRIMESTRAL		DATA CRIAÇÃO: 05/10/2020	PÁGINA: 1/1
		DATA VERSÃO: 05/10/2020	VERSÃO: 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 filtro com a mão.
		II - Verificar ajuste das portas de carga e descarga	Verificar o ajuste dos pínos pneumáticos localizados na porta de carga e descarga, verificar e 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 filtros de entrada de água	Desligar a chave geral do equipamento, desligar o registro de entrada de água. Retirar os filtros localizados antes da Osmose Reversa e efetuar a troca.
Observações: Elemento filtrante Baumer H0100-060			
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/revisão 6000, p. 1-34, 18 Jan. 2017. Registro ANVISA nº 30345500051. Mogi Mirim, SP: Baumer, 2017.			
CABIL, 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.

3.16. Proposta de implantação de projeto de compliance (programa de integridade)

1. INTRODUÇÃO

Neste item é apresentada a proposta de implantação do projeto de compliance para a UPA Dr. Jamil Sebba.

2. OBJETIVO

O objetivo deste programa de Compliance é implementar políticas, procedimentos e controles internos que assegurem o cumprimento de obrigações legais e regulamentares, minimizem riscos de irregularidades e promovam uma cultura de ética e integridade. O programa também será adaptado para atender as especificidades e demandas do terceiro setor, com ênfase em transparência e prestação de contas.

3. ESCOPO DO PROJETO

O programa de compliance será desenvolvido em etapas, abrangendo:

- **Diagnóstico de Riscos e Necessidades:** Análise dos processos internos e identificação de riscos e áreas de vulnerabilidade.
- **Desenvolvimento de Políticas e Procedimentos:** Elaboração de um código de conduta e políticas internas de compliance.
- **Capacitação e Treinamento:** Educação contínua para colaboradores e gestores sobre as práticas de compliance.
- **Monitoramento e Avaliação:** Ferramentas e métricas de acompanhamento e avaliação do programa.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a execução deste programa, será disponibilizada uma equipe de consultoria especializada, além de ferramentas de auditoria e monitoramento. A instituição deverá indicar um ponto focal para o projeto e prover acesso aos dados e informações necessários para o diagnóstico inicial e auditoria.

5. PRAZO DE EXECUÇÃO

O cronograma estimado para a implementação do programa é de 6 (seis) meses, distribuídos nas seguintes fases:

1. Diagnóstico e Planejamento: 1 (um) mês
2. Desenvolvimento de Políticas e Procedimentos: 2 (dois) meses
3. Capacitação e Treinamento: 1 (um) mês
4. Implementação e Monitoramento Inicial: 2 (dois) meses

6. DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE

- Código de Conduta e Ética: Documento norteador com princípios e valores da instituição.
- Políticas de Compliance: Diretrizes para prevenir, detectar e responder a comportamentos inadequados.
- Canal de Denúncia: Ferramenta segura e confidencial para reportar desvios.
- Monitoramento Contínuo: Acompanhamento de práticas internas, com relatórios periódicos.

7. EXPLICAÇÃO DO OBJETO

Este projeto visa estruturar um programa de compliance adaptado para o terceiro setor, garantindo que a instituição opere de maneira ética e transparente, cumprindo todas as exigências legais e regulatórias.

8. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

ETAPA	DURAÇÃO ESTIMADA
Diagnóstico e Planejamento	1 mês
Desenvolvimento de Políticas	2 meses
Treinamento e Capacitação	1 mês
Implementação e Monitoramento	2 meses

9. GUIA DE IMPLANTAÇÃO

Para assegurar o sucesso do programa, serão fornecidos:

- Documentos Orientadores: Manuais e guias de compliance.
- Ponto de Contato: Suporte e consultoria durante os primeiros meses pós-implantação.
- Avaliação e Ajuste: Análise periódica para avaliar o cumprimento e adaptação das políticas.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Instituto pretende ajustar a proposta às necessidades específicas da unidade, com o compromisso de fortalecer a transparência e a responsabilidade da organização através de um programa de compliance robusto e eficiente.

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 da UPA 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 UPA 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 da UPA.

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 na UPA. 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 da UPA 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

execução das atividades planejadas, bem como o acompanhamento dos ciclos de melhoria da qualidade desenvolvidos, promovendo o feedback às áreas continuamente.

4.1.2.3. Gestão de documentos institucionais

A UPA deverá estabelecer em norma interna, regras para a elaboração, padronização, atualização, controle, divulgação e hierarquia dos documentos internos relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos institucionais mantendo a qualidade, clareza e a atualização das informações necessárias para a execução dos serviços, assegurando a devida revisão e aprovação.

O controle dos documentos é realizado pela Setor de Gestão da Qualidade da UPA conforme Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais.

As lideranças devem promover ações de divulgação interna aos colaboradores sobre os documentos relativos ao adequado funcionamento de sua unidade, de forma contínua, para a uniformização dos processos e redução dos riscos de incertezas.

4.1.2.4. Vigilância epidemiológica da unidade

As ações da Vigilância Epidemiológica (VE) têm por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como alterações do padrão epidemiológico. A atuação da VE deve fundamentar-se em protocolos e procedimentos padronizados que permitam a identificação oportuna, notificação imediata, investigação inicial ou complementar e registro/envio de informações à Vigilância Epidemiológica Municipal para inserção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e em outros sistemas oficiais.

São competências da VEH:

- elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;

- 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 da UPA 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

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

VERMELHO	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de obstrução de vias aéreas • Esforço respiratório com estridor, sialorréia, fadiga entrecortada • Crise de asma grave SpO₂ $>$ 90 a $<$ 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse produtiva. • Dor de garganta com sinais de infecção (placas purulentas, febre). • Saturação SpO₂ entre 90 a 94 %, assintomático
AZUL	<ul style="list-style-type: none"> • Coriza • Dor de garganta, sem sinais de infecção ou febre. • Tosse seca • Sintomas gripais, sem febre.
ATENÇÃO	<p>Avaliar nível de gravidade dos pacientes com suspeita de Covid-19</p>

ALTERAÇÕES TRAUMA

VERMELHO	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Alojamento (stentar para trauma raquimedular -TRM) • Ferimento com hemorragia não compressível ou evisceração* • Ataxia por corpo estranho • Lesões provocadas por animais peçonhentos, com repercussão hemodinâmica e ventilatória • Empalamento
LARANJA	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Tatagem 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

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 da UPA 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 da UPA, 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 da UPA, 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.

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 a UPA 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;
- Ficará 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 (abrigos 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 ser 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 dispnéia 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 dispnéia 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 dispnéia 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-convulsão não responsivo. Dislalia ou disartria agudas, desvio de comissura labial agudo e déficit motor/sensitivo agudo (hemioplegia, hemiparestesia, hemiparesia). Perda súbita de 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-convulsão imediato responsivo. Intoxicação exógena, sem alteração do nível de consciência. Déficit cognitivo crônico por sequelas ou demência com agudização. Nistagmo. Dislalia ou disartria ou déficit motor/sensitivo nas últimas 24h. Aura epiléptica (escotomas, vultos e brilhos). Sinais neurológicos focais (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 sequelas 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 fisiológicos*
- Avaliação de imobilizações que apresentem comprometimento segmentar.

AZUL

- Escoriações tardias com ou sem sinais fisiológicos, 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 Guainim, 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.
- Repêrcussão 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 identificado $>2s$, 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 SISTÊMICAS

AMARELO

- Entema purpúreo, petéquias, vasculites sem rigidez de nuca
- Cefaleia Moderada, súbita ou rapidamente progressiva
- Anúria
- HGT entre 200mg/dL a 300mg/dL assintomático
- Febre entre 38°C a 38,9°C associados a outros sinais e sintomas

VERDE

- Tontura, náusea, cansaço excessivo
- Náuseas/ vômitos sem sinais de desidratação
- Queixa de oligúria
- Queda do estado geral crônica
- Sinais flogísticos no globo ocular (vermelhidão, prurido, lacrimejamento e/ou secreção)
- HGT ≥ 200mg/dL, assintomático
- Caquexia

AZUL

- Cefaleia leve e persistente com ou sem secreção nasal.
- Renovação de prescrição de medicamentos.
- Aquisição de insumos para tratamento contínuo.

ATENÇÃO

Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, choque pirogênico, choque anafilático, intoxicação exógena e acidentes com animais peçonhentos.

QUEIMADURAS E FERIDAS

VERMELHO

- Queimadura elétrica, química e/ou inalatória em qualquer percentual
- Queimadura de 2º Grau >10 % em SCQ
- Queimadura de 3º Grau
- Queimadura de 2º Grau em perineo/face.

LARANJA

- Sinais de intermação (bradipneia, taquicardia, febre > 40°)
- Queimadura de 2º Grau até 10 % em SCQ

AMARELO

- Queimadura de 1º Grau com agravos*
- Ferida em cabeça, tronco ou genitália, com presença de miasa
- Lesão cutânea com sinais flogísticos (Erisipela, celulite, abscessos, úlceras e pés diabéticos).

VERDE

- Queimaduras em fase de epitelização, com infecção local.
- Lesão cutânea infectada com febre (foliculite e furunculose)
- Dermatites alérgicas
- Queimadura de 1 grau sem agravos
- Ferida em cabeça, rosto ou em cavidades com miasa, com ou sem doença de base.

AZUL

- Lesão cutânea infectada sem febre (foliculite e furunculose).
- Afecções cutâneas: impetigo, escabiose, micoses
- Retarda de pontos.
- Pediculose
- Ferida em membros superiores ou inferiores, com presença de miasa, sem outra doença de base.
- Qualquer troca de curativos de rotina (exceto situações especiais).
- Dermatites artemato descamativas (psoríase e dermatite de contato).
- Dermatoses em geral.

ATENÇÃO

Áreas críticas para queimaduras - Face, pescoço, axilas, mãos, pés, genitálias e grandes articulações
*Agravos: sinais de desidratação, prostração, vômito, Cefaleia, tontura, sudorese intensa e diarreia

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAL E GENITOURINÁRIO

VERMELHO

- Hematêmese, **enterorragia e/ou melena, com instabilidade hemodinâmica.**
- Hematuria 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

- **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.**
- **Prípismo em pacientes com hemoglobinopatias.**

AMARELO

- **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

- **Dor abdominal leve sem outros sinais/sintomas**
- **Diarreia sem sinais de desidratação**
- **Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, sem febre.**

AZUL

- **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

- **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

- **Sinais de impregnação medicamentosa com**
 - 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

- **Crise de pânico ou ansiedade.**
- **Pensamento suicida**
- **Autoflagelação com lesões superficiais.**
- **Histeria**
- **Euforia.**

VERDE

- **Histórico psiquiátrico com leve ou moderada alteração comportamental.**
- **História de depressão, luto, reação adaptativa.**
- **Relato de insônia**

AZUL

- **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). Parestia/Plega 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) <ul style="list-style-type: none"> 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)
- Sincope, lipotimia, 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 hipotividade.
- 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 38,9C.
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 • Míase 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. • Míase sem infecção.
AZUL	<ul style="list-style-type: none"> • Assadura não extensa no perineo. • Lesões cutâneas sem sangramento • Milium no RN (pequenos pontinhos amarelos no nariz) • Retirada de pontos. • Curativo simples. • Impetigo (em escolar).
ATENÇÃO	<p>Sinais de intermação e insolação</p> <p>Intermação - bradipneia, 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

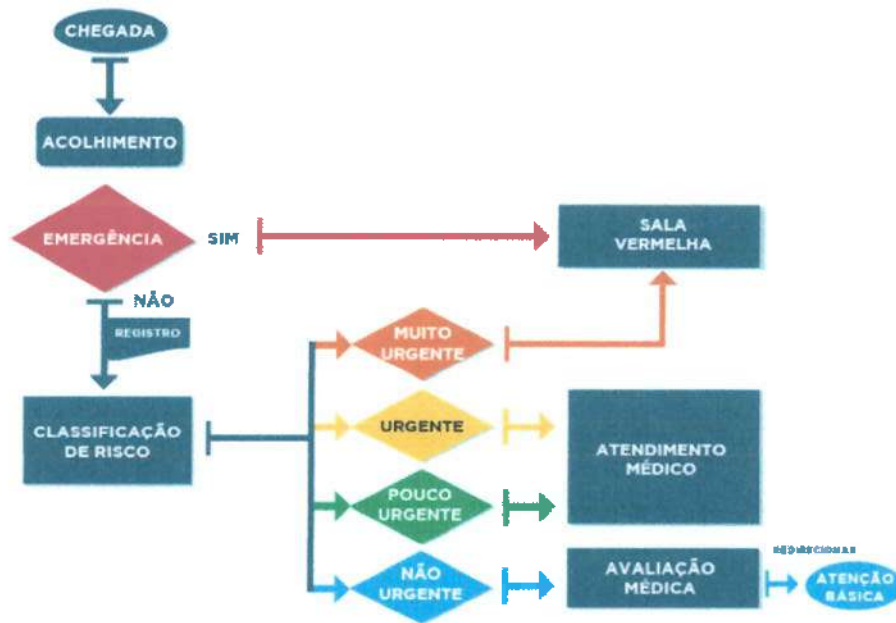
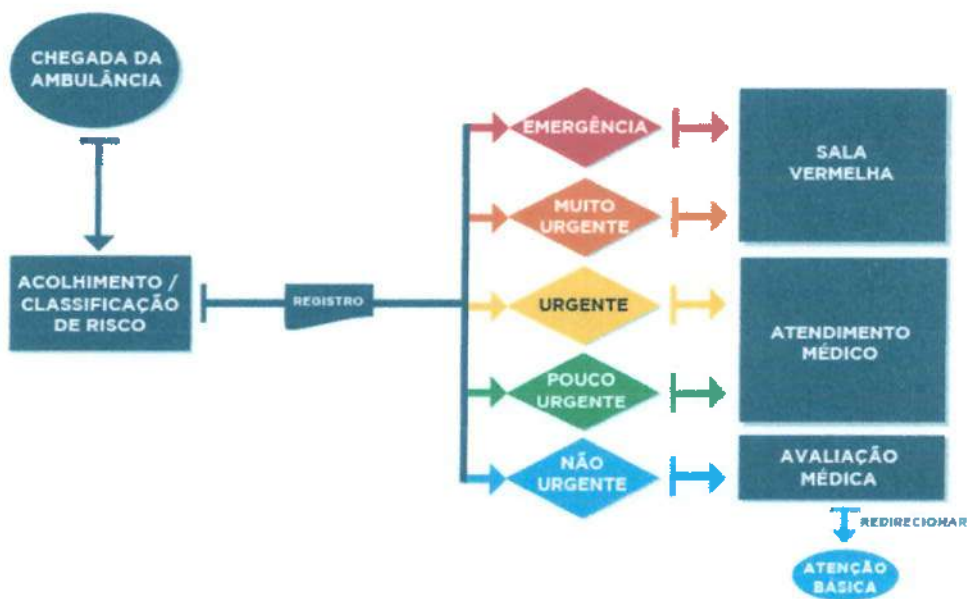


Figura 36 - Fluxograma paciente com entrada em ambulância



4.2.12. Fluxograma de atendimento pediátrico

Figura 37 - Fluxograma paciente pediátrico comum

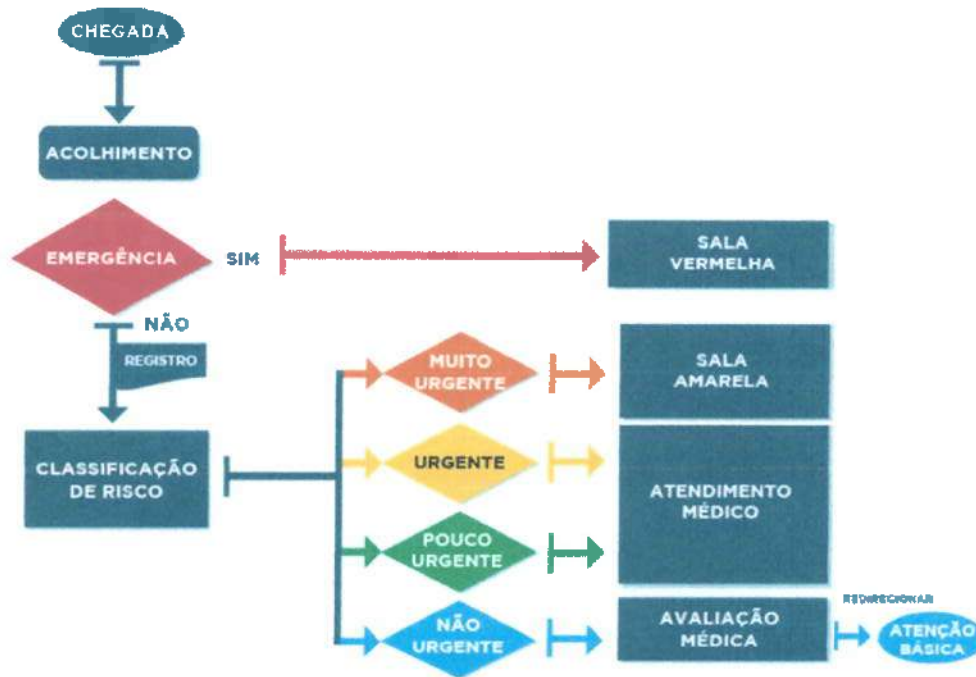
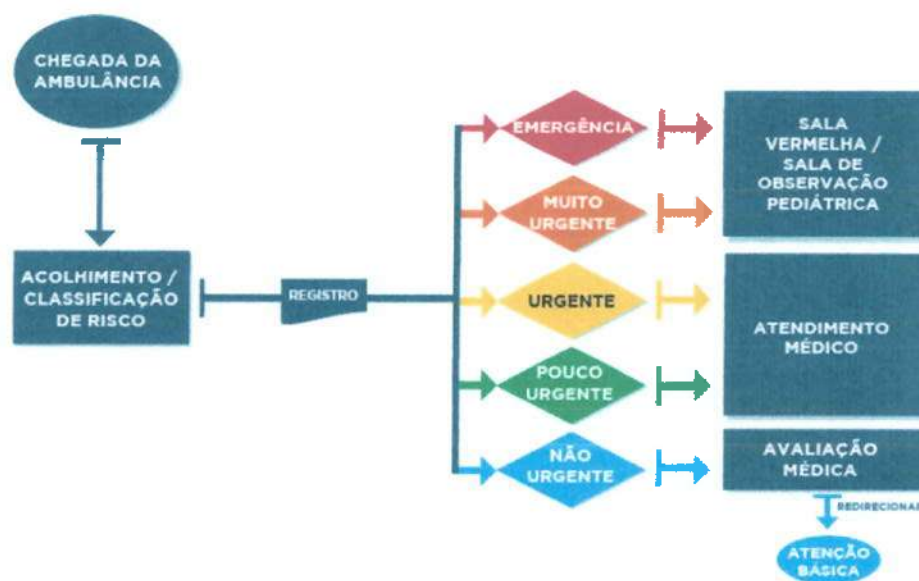
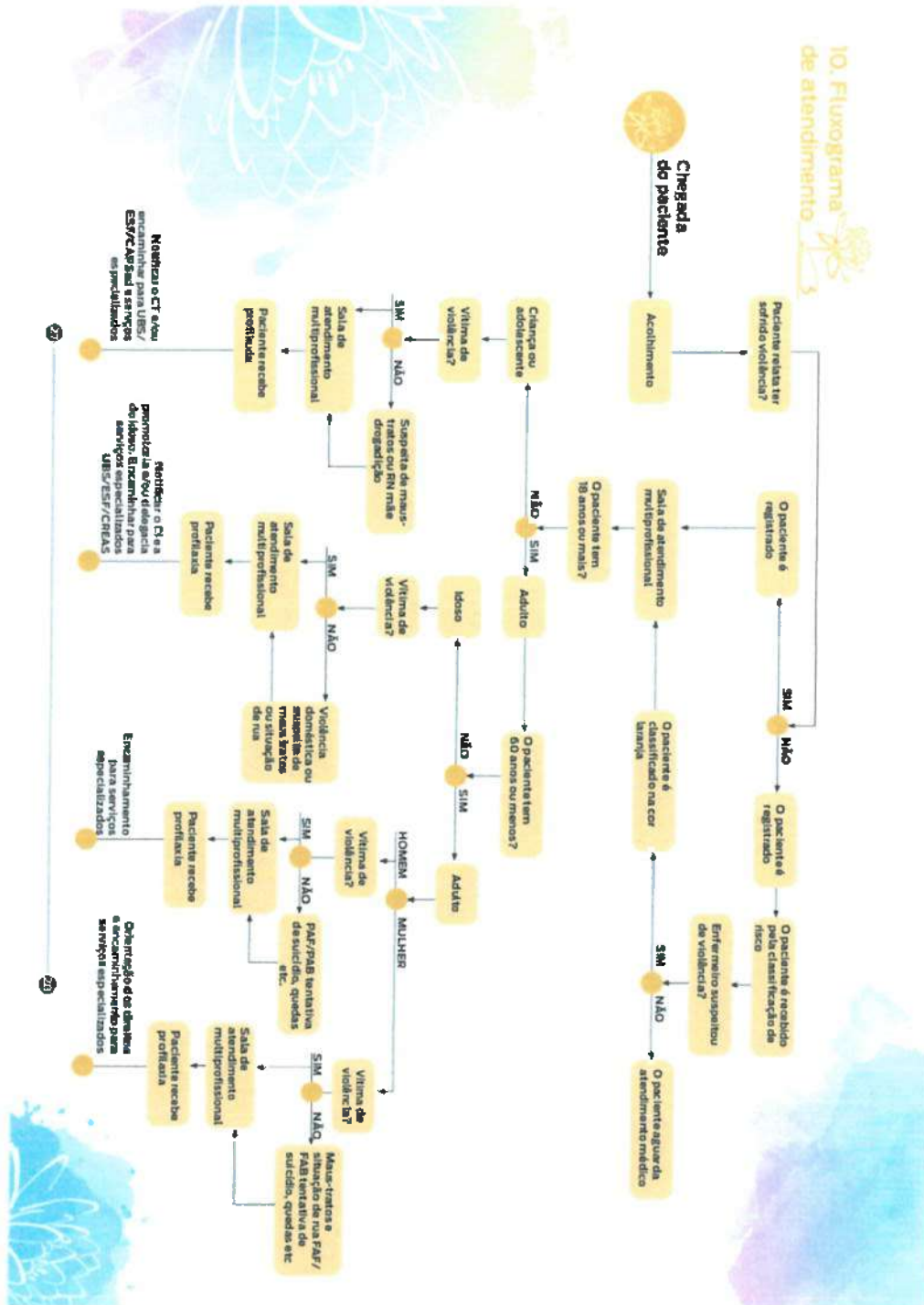


Figura 38 - Fluxograma paciente pediátrico com entrada em ambulância



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

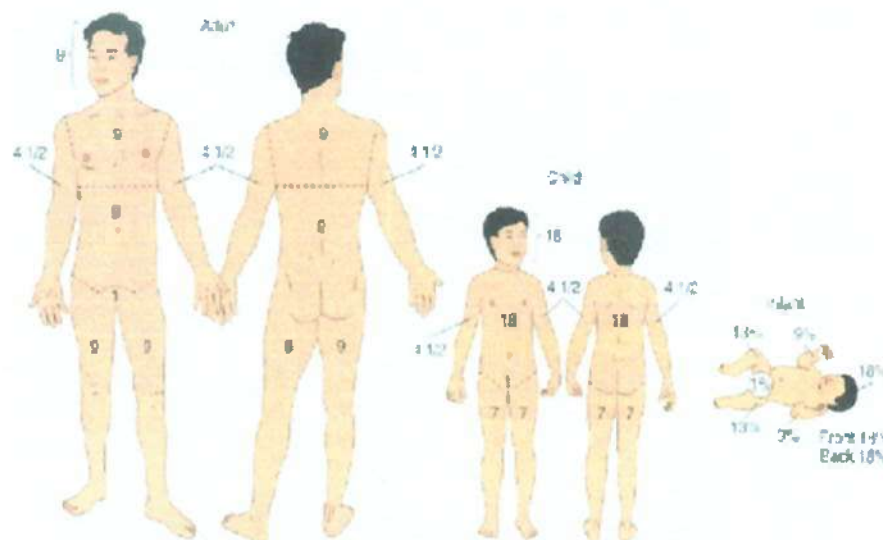
Figura 39 - Escala numérica e visual de dor

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 às a 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 atividades de 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 esperma 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 iridade.
- 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 encaminhado 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 a UPA

4.4.1. Introdução

Parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a cessação súbita da função mecânica cardíaca com conseqüente 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 sobrevida, 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.

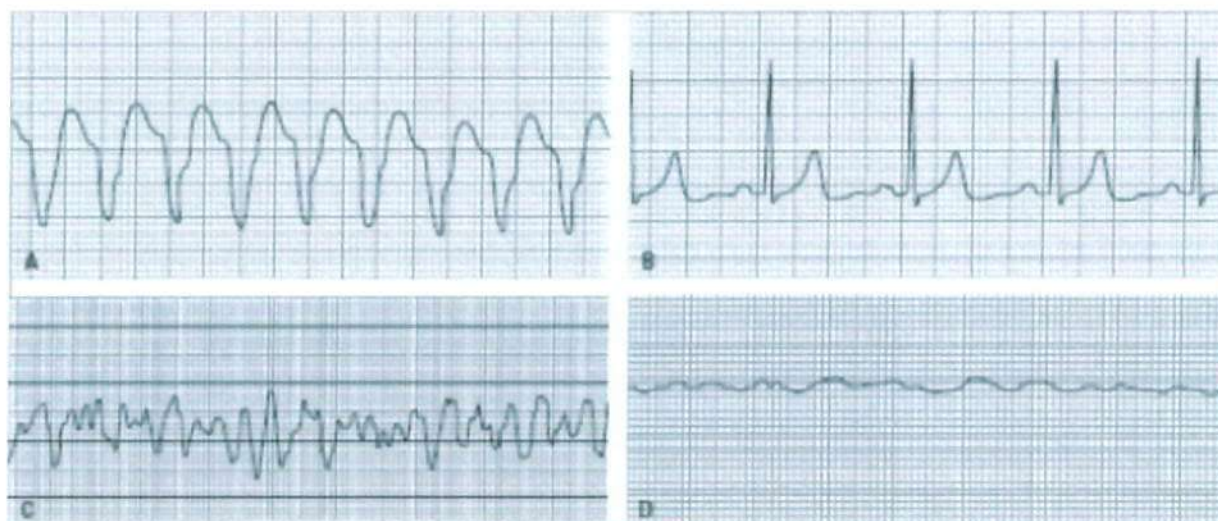
Causas de parada cardiorrespiratória

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 perforativas 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 livedo 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

Causa geral	Causa específica	Patologia/agente
Metabólica	Anomalias eletrolíticas	Hipo/hipercalcemia Hipo/hipermagnesemia Hipocalcemia
Tóxicos	Medicações	Antiarrítmico Digitálico Betabloqueador Bloqueadores de canal de cálcio Antidepressivo tricíclico
	Drogas recreativas	Cocaína Heroína Crack
	Toxinas	Monóxido de carbono Cianeto
Ambiental		Trovão Eletrocussão Hipotermia ou hipertermia Afogamento

Segurança da cena

Antes de avaliar a vítima e iniciar qualquer atendimento, é imprescindível garantir a segurança da cena.

A segurança do profissional e de sua equipe sobrepõe a necessidade de atendimento de qualquer paciente.

Chechagem de pulso

A checagem de pulso (carotídeo ou femoral) deve ser realizada em até 10 segundos, tanto no atendimento inicial para diagnóstico, como após 2 minutos ou 5 ciclos se houver ritmo no monitor capaz de gerar pulso.

Compressões torácicas

Raciocínio teórico

Um dos principais preditores de sucesso na RCP é a correta execução de compressões torácicas externas, principal responsável pela circulação sanguínea em pacientes nessa situação. Compressão cardíaca externa foi descrita pela primeira vez na década de 1960 e, embora seja fundamental a aplicação rítmica de força ao peito da vítima, o exato mecanismo pelo qual essa manobra causa a circulação do sangue permanece motivo de controvérsia. Para explicar o fluxo sanguíneo durante a fase da compressão cardíaca, as principais teorias são a “bomba cardíaca” e a “bomba torácica”.

- A teoria da “bomba cardíaca” foi a primeira a ser proposta e afirma que a compressão simultânea dos ventrículos direito e esquerdo entre o esterno e a coluna vertebral cria um gradiente de pressão entre o ventrículo e a aorta. Essa teoria pressupõe que as valvas atrioventriculares permaneçam fechadas durante a compressão. Como consequência, a pressão lateral pleural e as pressões arterial e venosa intratorácica devem ser diferentes, a pressão arterial intratorácica igual à pressão extratorácica e a pressão venosa intratorácica maior que a extratorácica (devido às válvulas e provável colapso venoso). Dessa maneira, seria criado um gradiente arterial-venoso periférico, resultando em fluxo sanguíneo adiante, com o ventrículo se enchendo durante a descompressão. No entanto, estudos recentes demonstraram que as valvas cardíacas permanecem abertas durante a compressão cardíaca.
- A teoria da “bomba torácica” propõe que mais importante que o momento da compressão torácica é o momento da descompressão, por induzir o fluxo de sangue para o coração, aumentando a pré-carga e levando à perfusão das artérias coronárias. O importante é que essa descompressão ocorra de maneira completa.

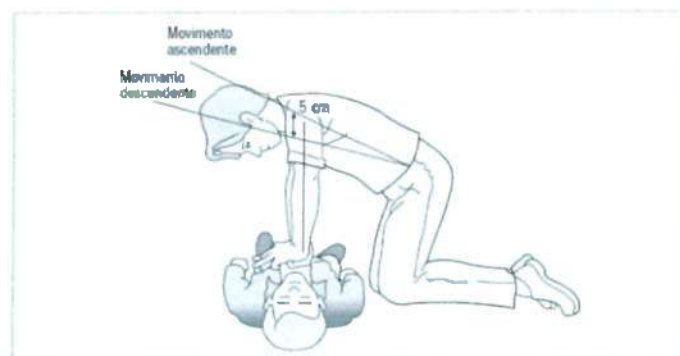
A teoria da “bomba torácica” explica melhor a perfusão do sistema nervoso central durante a RCP, pois há evidências sugerindo que a perfusão cerebral ocorre tanto na sístole (compressão) quanto na diástole, quando o retorno da caixa torácica à sua posição original é total (descompressão). É importante notar que o fluxo na carótida comum durante as compressões torácicas executadas de maneira adequada é de aproximadamente 300 mL/min e é inversamente proporcional ao tempo entre o evento e o início da RCP. Retardo em reconhecer a PCR e RCP inadequada podem levar a sequelas neurológicas catastróficas naqueles pacientes que retornam à circulação espontânea.

Técnica da compressão torácica

O rápido início das compressões torácicas de alta qualidade é a intervenção mais importante para se obter retorno da circulação espontânea (RCE) e recuperação neurológica. É por esse motivo que a AHA reorganizou, em sua última publicação, a sequência “ABC” para “CAB”.

A pressão de perfusão coronariana (PPC) é um dos principais fatores para alcançar o retorno da circulação espontânea, e ela é alcançada por meio das compressões torácicas em uma frequência e profundidade adequadas, com o paciente em posição supina em superfície rígida; no entanto, em situações em que não for possível colocar o paciente em posição supina, a AHA considera como razoável (classe IIB; nível C) a RCP prona.

Figura 44 - Posicionamento correto para execução de compressões torácicas durante ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em paciente em posição supina no solo.



Compressões acima de 120/min aumentam a chance de inadequada profundidade torácica, e profundidade acima de 6 cm está associada ao aumento de lesões intratorácicas; portanto, a AHA preconiza:

- Local: 1/2 inferior do esterno, com a palma da mão não dominante sobre o dorso da mão dominante, dedos entrelaçados e braços completamente estendidos, perpendiculares ao tórax do paciente. Comprimir com região hipotenar da mão dominante.
- Velocidade: 100 a 120 por minuto.
- Profundidade: deprimir o tórax entre 5 e 6 cm.
- Não se apoiar no tórax do paciente, permitindo a expansão torácica após cada compressão.
- Minimizar as interrupções entre as compressões (Figura 44).

Contudo, por mais perfeita que seja a compressão, ela vai gerar no máximo um terço do débito cardíaco fisiológico, que é o necessário para perfusão adequada de coração, rins e cérebro.

Mesmo pequenas interrupções nas compressões torácicas durante a RCP podem reduzir o fluxo sanguíneo e a perfusão orgânica; portanto, as checagens de pulso, de ritmo e a desfibrilação devem ser realizadas o mais brevemente possível.

- Uma vez interrompidas as compressões, leva-se em torno de 1 minuto de RCP de alta qualidade para restabelecer a pressão de perfusão coronariana e tecidual adequada.
- Uma maneira de se otimizar e minimizar as interrupções é manter as compressões durante a recarga do desfibrilador, pausando as compressões apenas no momento do choque.
- Na ausência de uma via aérea avançada, devem ser realizadas 30 compressões para cada 2 ventilações.
- Entretanto, para profissionais do SME a AHA fez uma atualização em 2017 que considera razoável o profissional realizar ventilações assíncronas com as

compressões, na proporção de 1 ventilação a cada 6 segundos, mesmo sem uma via aérea avançada.

- Após estabelecimento de uma via aérea avançada, obrigatoriamente as compressões torácicas devem ser realizadas continuamente e simultaneamente às ventilações, que devem ser feitas a cada 6 segundos.

Algumas das complicações possíveis relacionadas às compressões torácicas, que podem ocorrer mesmo quando o procedimento é executado de maneira adequada:

- Fratura de arcos costais
- Fratura do esterno
- Contusão pulmonar
- Pneumotórax
- Contusão miocárdica
- Derrame pericárdico
- Laceração esplênica
- Laceração hepática

As indicações formais ao uso de dispositivos de compressão mecânica são (classe IIB; nível C):

- Pouca disponibilidade de profissionais.
- RCP associada a hipotermia.
- RCP prolongada.
- RCP durante transporte.
- RCP na sala de angiografia.
- RCP durante preparo para RCP extracorpórea (ECPR).

Dispositivos de feedback

Os dispositivos de feedback informam aos profissionais envolvidos na RCP sobre a qualidade da massagem efetuada. As informações são mostradas em tempo real por meio de sinais visuais ou sonoros nos monitores utilizados para acompanhar a RCP.

Alguns estudos têm mostrado maior regularidade da frequência e mais adequada profundidade das compressões por meio desses dispositivos de feedback.

A AHA recomenda, por enquanto, o uso desses dispositivos como um adjunto para o treinamento de RCP, pois não existem ainda evidências confiáveis de benefício no atendimento a pacientes em PCR.

Dispositivos de limiar de impedância

O dispositivo de limiar de impedância (DLI) é uma válvula com sensor de pressão que é acoplada ao tubo endotraqueal, ao dispositivo supraglótico ou máscara facial.

O DLI age limitando a entrada de ar nos pulmões durante a descompressão da massagem torácica, aumentando a pressão intratorácica negativa gerada pelo retorno da parede torácica e assim melhorando o retorno venoso e o débito cardíaco durante a RCP.

Três estudos randomizados controlados avaliaram seu benefício na PCR, e nenhum deles encontrou benefício em relação à chance de retorno da circulação espontânea (RCE), admissão em UTI, sobrevivência em 24 h ou qualquer benefício neurológico em relação à RCP convencional. Desse modo, a AHA não recomenda seu uso de rotina (classe III, nível A).

Em contrapartida, o uso combinado do DLI com dispositivos de compressão-descompressão ativa parece ter algum benefício em relação à RCP convencional no que diz respeito ao aumento da chance de RCE e sobrevivência em 24 h.

Um estudo randomizado controlado realizado em sete regiões diferentes nos Estados Unidos incluiu 2.738 pacientes na análise e encontrou uma relação com aumento da taxa de alta hospitalar com prognóstico neurológico favorável. Apesar das limitações e dos poucos estudos que avaliaram esse dispositivo, a AHA já considera como uma alternativa razoável à RCP convencional se houver o equipamento e a equipe treinada disponível (classe IIB, nível C).

Desfibrilação

Raciocínio teórico

Na fibrilação ventricular (FV), a contração coordenada do miocárdio ventricular é substituída por excitação desorganizada de alta frequência, resultando em contração desorganizada das fibras miocárdicas e, conseqüentemente, na falha do coração em bombear o sangue.

As principais causas de FV são a falta de fluxo sanguíneo adequado para o músculo cardíaco ou danos no músculo cardíaco devido a isquemia, cardiomiopatia, doenças da aorta, toxicidade de drogas e sepse.

A desfibrilação elétrica tem um objetivo simples: terminar a fibrilação e restaurar o ritmo sincronizado em todo o miocárdio a partir de um foco sinusal. Há mais de um século é sabido que esse objetivo é alcançado aplicando um choque elétrico através do coração. O mecanismo pelo qual o choque retorna o ritmo ao normal ainda é motivo de controvérsia.

As teorias clássicas sugerem que um campo elétrico produzido por um choque é capaz de estimular todo o miocárdio, incluindo regiões em vários estados de repolarização e refratariedade. Dessa maneira, ocorreria uma despolarização homogênea interrompendo os padrões de fibrilação e redefinindo a condução elétrica no tecido. Essa teoria foi posteriormente expandida quando se demonstrou que a desfibrilação poderia ocorrer sem que todo o miocárdio fosse afetado. Assim, se uma determinada região acima do que se chamava de massa crítica fosse despolarizada e retomasse a sincronização, a sincronização poderia se espalhar, retomando o ritmo normal do coração.

Posteriormente desenvolveu-se uma teoria alternativa baseada nos mecanismos que induzem a arritmia. Em modelos experimentais, a aplicação de um choque ao tecido durante o período vulnerável de repolarização pode induzir FV. Nesse modelo, observou-se que havia um limite superior na força de choque capaz de induzir uma arritmia. Acredita-se, por esses motivos, que para ser bem-sucedido, um choque deve ser capaz de impedir a progressão das frentes de ativação e alcançar um gradiente de potencial suficiente em todo o miocárdio, de modo a não permitir os fenômenos de reentrada que causam a arritmia.

Técnica

No atendimento pré-hospitalar, a desfibrilação é realizada por desfibrilador externo automático (DEA), que é de fácil utilização, podendo ser aplicado por socorristas leigos (p. ex., bombeiros, agentes policiais e paramédicos), pois o DEA analisa o ritmo automaticamente e indica se o choque é necessário sem a necessidade de o operador interpretar o ritmo.

No intra-hospitalar, os desfibriladores podem ser monofásicos ou bifásicos. Nestes últimos, a energia necessária para se desfibrilar com sucesso é menor, diminuindo a chance de disfunção miocárdica pós-choque.

No início da ressuscitação de um paciente em PCR, o ritmo deve ser checado e, na presença de ritmo chocável (FV ou TVsp), a desfibrilação deve ser realizada o mais precocemente possível e não deve ser atrasada pelas compressões torácicas. É necessário, no entanto, lembrar que a desfibrilação sem a RCP pode resultar em RCE principalmente nos primeiros 2 minutos; após esse período, a evidência é conflitante. Ademais, o choque deve ser entregue rapidamente com interrupções mínimas na RCP. Isso pode ser facilitado e agilizado pela colocação de pás adesivas que dispensam o reposicionamento a cada ciclo das pás e do gel condutor.

O ritmo de atividade elétrica sem pulso (AESP) pode ser observado após uma desfibrilação bem-sucedida;

assim, mesmo se um ritmo organizado se apresentar no monitor, é necessária manutenção da RCP por mais um ciclo.

Posicionamento das pás

- Posição anteroapical: uma pá é colocada em ápice cardíaco, e a outra pá em região infraclavicular direita. É a posição de escolha para pacientes em posição supina.
- Posição anteroposterior: uma pá adesiva é colocada em região paraesternal esquerda e a outra pá é colocada em região infraescapular esquerda.
- Posição posteroapical: uma pá adesiva é colocada em região precordial e a outra pá é colocada em região infraescapular esquerda.

Precauções

Sempre verifique se não há ninguém em contato com o paciente no momento do choque, pois a corrente usada para a desfibrilação pode induzir a fibrilação ventricular em outro indivíduo.

Se o paciente estiver molhado, é preciso secá-lo antes de realizar o choque, e o paciente nunca deve ser desfibrilado em superfície condutora de eletricidade.

Recomenda-se sempre interromper a ventilação, o fornecimento de oxigênio e retirar todos os objetos metálicos e patches de medicações do paciente para prevenir possíveis queimaduras e incêndios.

Em pacientes com grande quantidade de pelos é necessário realizar uma rápida tricotomia para garantir adequado contato entre as pás e a pele.

Por fim, para uma adequada desfibrilação é preciso garantir que o gel condutor de uma pá se mantenha a mais de 5 cm de distância da outra pá, e em pacientes com marca-passo manter pelo menos 12,5 cm de distância entre as pás e o dispositivo.

Possíveis complicações da desfibrilação:

- Queimadura de pele
- Choque inadvertido a outrem
- Lesão miocárdica

Soco precordial

Existe alguma evidência de que o soco precordial pode funcionar na assistolia, por gerar 4 a 8 J de energia pelo estiramento muscular e ativação dos canais iônicos.

Essa técnica é descrita como um golpe com uma das mãos na região esquerda da metade inferior do esterno.

- É estimado que há benefício em menos de 1% de todas as PCR; no entanto, em 3% das vezes ele poderá deteriorar o ritmo para um de menor prognóstico.
- A AHA orienta considerar essa manobra para pacientes monitorizados, com TV instável ou TV sem pulso presenciadas, enquanto um desfibrilador não se encontra imediatamente disponível para uso (classe IIb, nível C).
- O soco precordial não deve atrasar de maneira nenhuma a RCP e a entrega do choque.

Vias aéreas e ventilação

Abertura da via aérea

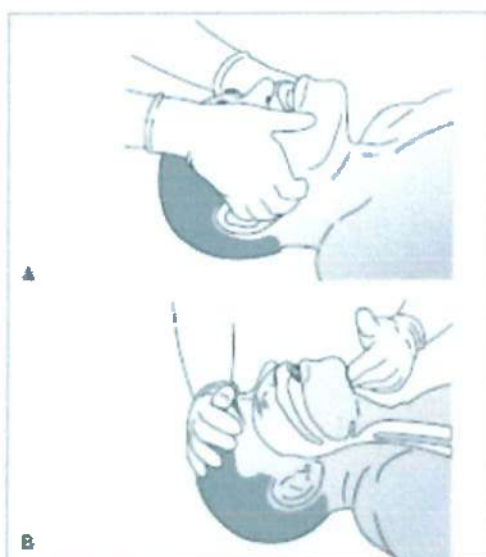
Ao avaliar a via aérea de um paciente em parada respiratória é necessário realizar primeiramente manobras que possam abrir a via aérea de maneira adequada.

Se houver história de trauma, é recomendado que se realize a manobra jaw thrust (elevação da mandíbula), pois permite a abertura da via aérea mantendo a cervical estável em posição neutra. A manobra consiste em elevar a mandíbula para a frente

pelo ângulo da mandíbula (Figura 45A). Por outro lado, se não houver história de trauma, pode ser realizada a manobra head tilt-chin lift, que consiste na elevação do queixo e extensão da cabeça (Figura 45B). O simples ato de abrir a via aérea já pode ser suficiente para o retorno da respiração espontânea.

Posteriormente se torna necessária a avaliação da cavidade oral em relação à presença de secreções ou de corpo estranho, pois a obstrução de via aérea é causa frequente de parada respiratória e a aspiração ou retirada do fator obstrutivo se torna imperativa nesse contexto.

Figura 45 - Manobras para (A) abertura das vias aéreas em pacientes traumatizados ("jaw thrust") ou (B) não vítimas de trauma ("head tilt-chin lift")



Técnicas de ventilação

Devem ser entregues duas ventilações (por 1 segundo cada) a cada 30 compressões, com volume necessário para ventilar de 500 a 600 mL (6-7 mL/kg).

Ventilação boca a boca/boca a máscara

Para realizar a manobra:

- Colocar-se lateralmente a vítima.

- Abrir a via aérea com a manobra de head tilt-chin lift.
- Ocluir a cavidade nasal com o polegar e o indicador em um movimento de pinça para prevenir escape de ar.
- Após inspiração profunda, colocar os lábios sobre os lábios da vítima selando qualquer escape de ar e expirar vagarosamente.
- Retirar os lábios da vítima e permitir a expiração passiva do paciente.

Dispositivos de proteção facial podem ser utilizados conforme demonstrado na Figura 46. Diferentemente da ventilação mencionada, é necessário se colocar atrás do paciente e selar a máscara englobando nariz e boca. Com o indicador e o polegar forma-se um C sob a máscara, e com o restante dos dedos abaixo da mandíbula forma-se um E, acoplando a máscara no rosto.

Figura 47 - Ventilação boca a máscara com o uso de dispositivo de proteção facial



Ventilação boca a nariz

Em alguns casos, como no trauma maxilofacial grave, essa modalidade de ventilação pode ser eficaz. Para realizar a manobra:

- Colocar-se lateralmente à vítima.
- Com a via aérea aberta, levantar a mandíbula do paciente e fechar a cavidade oral.

- Após inspiração profunda, colocar os lábios ao redor do nariz selando a cavidade, e expirar.
- Retirar os lábios da vítima e permitir a expiração passiva do paciente.

Ventilação pela traqueostomia

Em pacientes traqueostomizados, o orifício da traqueostomia se torna a via aérea do paciente. Para realizar a manobra:

- Colocar-se lateralmente à vítima.
- Após inspiração profunda, colocar os lábios ao redor do orifício da traqueostomia selando a região, e expirar.
- Retirar os lábios da traqueostomia e permitir a expiração passiva do paciente.

Ventilação por bolsa-válvula-máscara (BVM)

A bolsa-válvula-máscara permite uma melhor ventilação e oxigenação da vítima, já que existe a possibilidade de ofertar oxigênio por fonte externa. Para realizar a manobra:

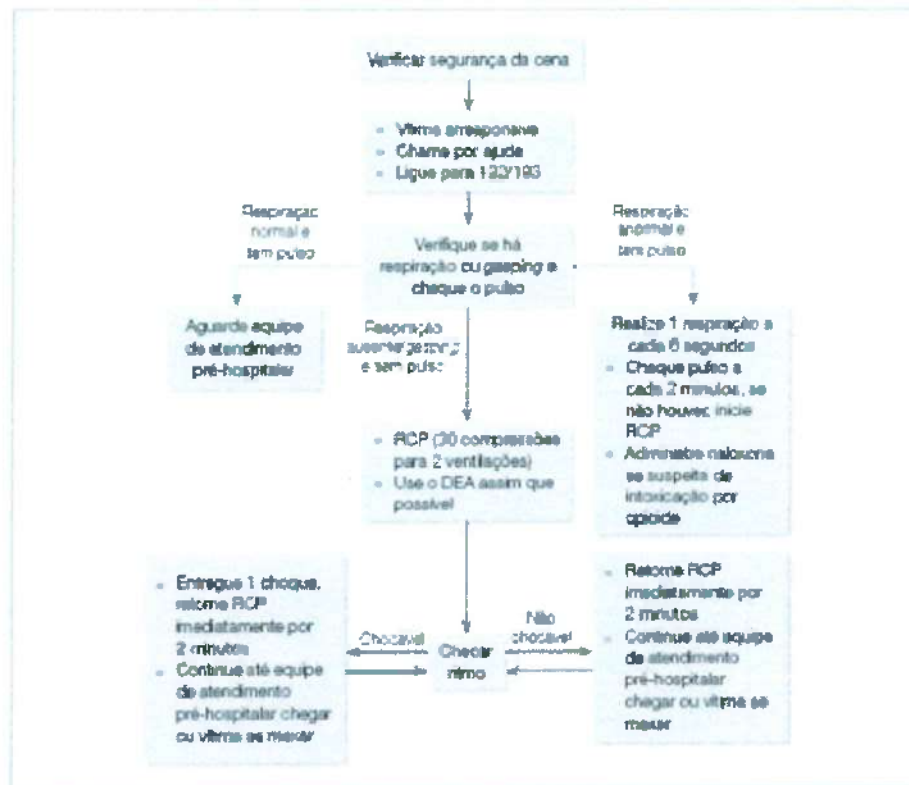
- Colocar-se atrás da vítima.
- Com o indicador e o polegar forma-se um C sob a máscara, e com o restante dos dedos abaixo da mandíbula forma-se um E, acoplando a máscara ao rosto.
- Pressionar a bolsa vagarosamente e permitir o retorno passivo à posição neutra inicial.

Além da técnica do C e E, existe a técnica conhecida como “the 2 thumbs down” ou ventilação com a região tenar, que consiste em usar a região tenar das mãos para pressionar a máscara, sobrando 4 dedos para manejo da mandíbula. Como utiliza as duas mãos, deve sempre ser realizada em dupla.

- Estudos realizados em educação médica com manequins demonstram que a técnica com a região tenar é superior ao C e E quando utilizada por profissionais de saúde com pouca experiência em PCR.
- Para médicos experientes, os estudos não mostraram diferença entre as técnicas.

- Uma vantagem que a técnica com a região tenar permite é não só a realização do chin lift, mas também do jaw thrust enquanto se realiza a ventilação.

Figura 48 - Suporte Básico de Vida (BLS), segundo a AHA



4.4.5. Leitura complementar

1. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*. 2010 Nov;81(11):1479-87.
2. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl. 3):S685-705.

3. Brooks SC, et al. Part 6: Alternative techniques and ancillary devices for cardiopulmonary resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl. 2):S436-S443.
4. Cheskes S, ROC investigators. The association between AHA CPR quality guideline compliance and clinical outcomes from out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2017 Jul;116:39-45.
5. Georgiou M, Papathanassoglou E, Xanthos T. Systematic review of the mechanisms driving effective blood flow during adult CPR. *Resuscitation*. 2014 Nov;85(11):1586-93.
6. Girotra S, van Diepen S, Nallamothu BK, Carrel M, Vellano K, et al. (2016). Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest survival in the United States. *Circulation*. 2016;133(22):2159-68.
7. Gutbrod SR, Efimov IR. Two centuries of resuscitation. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Dec 3;62:2110-1.
8. Jentzer JC, Clements CM, Wright RS, et al. Improving survival from cardiac arrest: a review of contemporary practice and challenges. *Ann Emerg Med*. 2016;68(6):678-89.
9. Kleinman ME, et al. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl. 2):S414-S435.
10. Mozaffarian D, et al., American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131:e29-e322.
11. Stevenson L, et al. Compression-only CPR or standard CPR in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2010;363:434-42.

12. Van den Hoek TL, et al. Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(Suppl. 3):S829-S861.

13. Weisfeldt ML, Becker LB. Resuscitation

4.5. Proposta de implantação protocolo IAM, conforme ACLS, com adaptações para a UPA

4.5.1. Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST é diagnosticado por manifestações clínicas compatíveis associada à evidência de infarto transmural. A morbidade e mortalidade do IAM faz com que os médicos emergencistas trabalhem com um tempo limitado para tomada de conduta e elas alteram de maneira importante o curso da doença. O rápido diagnóstico de IAM é essencial em todo paciente que se apresenta com dor torácica ou equivalente anginoso no pronto-socorro.

Um eletrocardiograma deveria ser realizado em até 2 minutos da chegada do paciente ao serviço e este deve ser analisado em até 10 minutos para identificação de supradesnivelamento de segmento ST. O registro i*trACS incluiu qualquer paciente que procurou o departamento de emergência (DE) em 8 centros norte-americanos e em Singapura entre junho de 1999 e agosto de 2001 para o qual foi solicitado um eletrocardiograma. No estudo, 15.442 pacientes procuraram o DE com 291 pacientes (1,9%) com IAM com supradesnivelamento de segmento ST (IAMCST) ou 17,2% das síndromes coronarianas agudas. Em um registro tcheco com 3.142 pacientes (CZECH-1 e CZECH-2) que só incluiu pacientes com síndrome coronariana aguda, a porcentagem de pacientes com IAMCST foi de 23,4%. Em outro registro francês com 2.176 pacientes com IAM, 1.476 tinham IAMCST (67,8%). Em comparação a pacientes com IAM sem supra de ST, os pacientes com IAMCST eram mais jovens, apresentaram-se mais precocemente e tinham menos antecedentes patológicos (angina prévia, IAM prévio, insuficiência cardíaca, angioplastia, revascularização cirúrgica, fibrilação atrial, AVC e doença arterial periférica). No exame físico, os pacientes com IAMCST eram levemente mais hipotensos e se apresentavam mais frequentemente com classificação Killip I. Diabetes e dislipidemia eram menos prevalentes em pacientes com IAMCST, mas o tabagismo era mais prevalente.

A mortalidade hospitalar do IAMCST é similar a do IAMSST, mas a mortalidade em um ano tem uma tendência em ser menor em comparação à de pacientes com IAM

sem supra ST. Os preditores de mortalidade incluem dislipidemia não tratada com estatina, idade, diabetes e hipotensão.

4.5.2. Redes de tratamento de IAM

O tratamento do IAM não ocorre apenas quando o paciente chega, mas também muito antes com a estruturação da rede de tratamento. O gerente de cada unidade de emergência deve buscar a sua inserção em uma rede de atendimento com unidades periféricas próximas aos pacientes, unidades centrais com serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista (SHCI), e centrais de regulação. Devem ser seguidos critérios para transferência de pacientes e prever diferenças de tempo de transporte de acordo com a hora do dia, além de fazer planos diferentes para as diferentes contingências, seja o transporte para um SHCI ou a administração de trombolítico.

O serviço de transporte ou atendimento pré-hospitalar deve pleitear ou coordenar com a central de regulação o transporte de pacientes com IAM diretamente para hospitais com SHCI, evitando hospitais que não dispõem desse serviço. A realização de eletrocardiografia no atendimento pré-hospitalar pode até otimizar essa possibilidade.

O hospital com SHCI deve se organizar para receber esses pacientes diretamente no laboratório de hemodinâmica, sem necessidade de passar pelo DE, assim como o fluxo após o procedimento que pode eventualmente ser o recebimento do paciente no DE até ter leito de internação para o paciente.

É responsabilidade de cada médico no serviço cobrar essa coordenação do seu gerente médico e responsabilidade de cada gerente definir a rede de atendimento do IAM e inserção de seu serviço. Tão importante quanto é a criação da rede e a montagem de estrutura para medir a qualidade do atendimento por meio de protocolos gerenciados e a avaliação periódica dos dados.

Por último, não são apenas os IAMCST que devem participar desta organização da rede. O IAMSST em alguns casos tem indicação de exame invasivo em 2 horas. Os critérios são: instabilidade hemodinâmica, instabilidade elétrica, dor incoercível e insuficiência mitral aguda (ver Capítulo "Síndrome coronariana aguda sem

supradesnivelamento do segmento ST”).

4.5.3. Fisiopatologia

Existem três mecanismos de instabilização de placa aterosclerótica. O mecanismo mais comum no IAMCST é a ruptura de placa aterosclerótica (70% dos casos), seguido de fenômeno erosivo (25% dos casos) e por último nódulo calcificado com 5%. Outros mecanismos de IAM sem aterosclerose são:

- Doença coronariana não aterosclerótica
- Arterite
 - Luética (sífilis)
 - Takayasu
 - Lúpus eritematoso sistêmico
- Trauma
 - Laceração
 - Lesão por radiação
 - Doenças metabólicas ou de proliferação de íntima
 - Mucopolissacaridose (doença de Hurler)
 - Homocistinúria
 - Doença de Fabry
 - Amiloidose
- Estreitamento luminal por outros mecanismos
 - Prinzmetal (espasmo coronariano)
 - Espasmo rebote após suspensão de nitroglicerina
 - Dissecção de aorta
 - Dissecção de coronária
 - Compressão de coronária (p. ex., aumento de artéria pulmonar, trajeto intrarterial)
- Embolia coronariana
- Endocardite infecciosa
- Trombose de prótese valvar
- Prolapso de valva mitral

- Trombo de câmaras esquerdas ou veias pulmonares
- Embolia paradoxal
- Fibroelastoma papilar de válvula aórtica
- Trombo de cateter intracardiaco ou fio-guia
- Anomalia coronariana
- Origem anômala de coronária esquerda de artéria pulmonar
- Origem anômala de coronária esquerda de seio de Valsalva anterior
- Fístulas arteriovenosa ou arteriocameral
- Aneurisma coronariano
- Desequilíbrio entre oferta e demanda
- Doença valvar aórtica
- Monóxido de carbono
- Tirotoxicose
- Hipotensão prolongada
- Hematológico
- Policitemia vera
- Trombocitose
- CIVD
- Purpura trombocitopênica trombótica
- Outros
- Uso de cocaína
- Contusão miocárdica
- IAM com artérias coronárias normais
- Complicação de cateterização coronariana

A ruptura de placa ocorre como um desequilíbrio nas forças que agem sobre a capa aterosclerótica. A capa é formada por colágeno de células musculares lisas presentes. A diminuição de produção de colágeno e aumento de catabolismo por metaloproteinases de matriz enfraquecem a estrutura. Macrófagos produzem metaloproteinases e catepsinas que degradam colágeno e elastina, respectivamente. As placas com capa fibrótica fina, poucas células musculares lisas, com acúmulo de macrófagos e lago lipídico são mais vulneráveis. Os macrófagos produzem micropartículas trombóticas que se acumulam no interior das placas, em especial nos núcleos necróticos. Quando há rompimento da placa esse material é liberado

subitamente, potencializando a trombose local. A formação do trombo luminal depende da exposição das superfícies trombóticas, liberação de fatores pró-trombóticos e atividade de sistemas de coagulação. A oclusão coronariana completa se expressa como supradesnivelamento do segmento ST no ECG.

Caso não ocorra tratamento em tempo hábil e o paciente sobreviva à fase inicial, o segmento afetado será marcado pelo surgimento da onda Q. O fator mais importante para aparecimento da onda Q é a extensão do IAM e não o segmento ST. A presença de circulação colateral coronariana importante pode conferir algum grau de proteção ao território afetado.

Com 2 a 3 horas de oclusão coronariana podem ser detectadas áreas necróticas no tecido suprido pela artéria coronária correspondente. A isquemia persistente leva a necrose de coagulação na região central do IAM. Em minutos podem ser observadas alterações na microscopia eletrônica: relaxamento de miofibrilas, distensão mitocondrial e consumo de glicogênio. Em horas ocorre alteração de membranas celulares dos cardiomiócitos e aparecimento de densidades amorfas mitocondriais. Na microscopia podem ser observados edema, hemorragia focal, início do infiltrado neutrofílico e da necrose de coagulação. Na sequência, há palidez tecidual, perda de núcleos celulares, estriações e infiltrado neutrofílico. Ocorre então completa desintegração de miofibras, com sua fagocitose por macrófagos. Finalmente, há aparecimento de tecido de granulação, neovascularização e reação fibrovascular.

Os desfechos adversos graves ocorrem pela disfunção sistólica grave com choque cardiogênico, que pode ainda complicar por disfunção isquêmica de válvula mitral. A presença de altos níveis de catecolaminas é associada a arritmias graves, potencialmente fatais. As arritmias também contribuem com a isquemia, aumentando o consumo de O₂.

Quanto mais precoce a reperfusão, melhor e maior a recuperação da área sob risco. Com menos de 20 minutos, a recuperação é completa. A partir de 2 a 4 horas, ocorre recuperação parcial com disfunção contrátil temporária - condição conhecida como "stunning". Com o passar das horas sem tratamento, o infarto se completa com perda permanente da função contrátil e maior risco de complicações mecânicas.

Supradesnivelamento de segmento ST

Na maior parte dos pacientes, o coração é irrigado pelas coronárias direita e esquerda, sendo que esta última é

dividida em artérias circunflexa e descendente anterior. Veja quais artérias correspondem a quais derivações e

quais derivações são consideradas contíguas:

Artéria descendente anterior: irriga a parede anterior, septal e ápice do ventrículo esquerdo, que se expressa

habitualmente no eletrocardiograma (ECG) sequencialmente nas derivações de V1 a V6.

Artéria coronária circunflexa: irriga parede lateral do ventrículo esquerdo e eventualmente a parede posterior

que se expressa habitualmente no ECG nas derivações DI e aVL.

Artéria coronária direita: irriga a parede inferior e eventualmente a parede posterior – habitualmente no ECG:

DII, DIII e aVF (Figura 1).

O segmento ST é o trecho do ECG entre o complexo QRS e a onda T. O ponto J é a deflexão que encerra o

complexo QRS e inicia o segmento ST. O desvio do nível do segmento ST deve ser medido em relação à linha de

base: o segmento PR. Deve-se ter atenção, porque o segmento PR pode não ser adequado, pois pode estar

desviado, causando falsa impressão de alteração do segmento ST. O segmento PR está desviado no infarto atrial e

na pericardite, por exemplo. Na suspeita desses diagnósticos, comparar a linha de base do segmento PR com o

segmento TP.

A definição de IAM com supradesnivelamento do segmento ST é a elevação em 1 mm do ponto J em duas

derivações contíguas. Nas derivações V2 e V3 o critério de IAMCST é de 1,5 mm de elevação em mulheres,

enquanto em homens acima de 40 anos são necessários 2,0 mm de elevação e em homens mais jovens que 40 anos

são necessários 2,5 mm.

4.5.4. Eletrocardiograma

Supradesnivelamento de segmento ST

Na maior parte dos pacientes, o coração é irrigado pelas coronárias direita e esquerda, sendo que esta última é dividida em artérias circunflexa e descendente anterior. Veja quais artérias correspondem a quais derivações e quais derivações são consideradas contíguas:

- Artéria descendente anterior: irriga a parede anterior, septal e ápice do ventrículo esquerdo, que se expressa habitualmente no eletrocardiograma (ECG) sequencialmente nas derivações de V1 a V6.
- Artéria coronária circunflexa: irriga parede lateral do ventrículo esquerdo e eventualmente a parede posterior que se expressa habitualmente no ECG nas derivações DI e aVL.
- Artéria coronária direita: irriga a parede inferior e eventualmente a parede posterior – habitualmente no ECG: DII, DIII e aVF (Figura 49).

O segmento ST é o trecho do ECG entre o complexo QRS e a onda T. O ponto J é a deflexão que encerra o complexo QRS e inicia o segmento ST. O desvio do nível do segmento ST deve ser medido em relação à linha de base: o segmento PR. Deve-se ter atenção, porque o segmento PR pode não ser adequado, pois pode estar desviado, causando falsa impressão de alteração do segmento ST. O segmento PR está desviado no infarto atrial e na pericardite, por exemplo. Na suspeita desses diagnósticos, comparar a linha de base do segmento PR com o segmento TP.

A definição de IAM com supradesnivelamento do segmento ST é a elevação em 1 mm do ponto J em duas derivações contíguas. Nas derivações V2 e V3 o critério de IAMCST é de 1,5 mm de elevação em mulheres, enquanto em homens acima de 40 anos são necessários 2,0 mm de elevação e em homens mais jovens que 40 anos são necessários 2,5 mm.

Nas derivações V7, V8 e V9 só é necessário 0,5 mm (parede posterior). Em geral essas derivações não são realizadas (Figura 52). Recomendamos pesquisar as

derivações posteriores quando houver infradesnivelamento de segmento ST de V1 a V3 ou V4, com ondas T positivas.

Existem situações clínicas e padrões eletrocardiográficos sutis em que não é possível identificar claramente o supradesnivelamento de segmento ST, mas que merecem terapia equivalente. Em alguns casos, o IAM de parede inferior se apresenta com supradesnivelamento sutil, podendo até não corresponder ao limiar mínimo de 1 mm exigido em consenso para o diagnóstico, ou então apresentar apenas ondas T hiperagudas.

Nesses casos, o segmento ST em aVL pode ser útil para se fazer o diagnóstico de IAMCST. Em um estudo com 154 pacientes com confirmação angiográfica de infarto inferior – sendo 88% coronária direita; 11% circunflexa; 1% artéria descendente anterior distal e 1% ramo marginal esquerdo – 100% dos pacientes tinham algum grau de infradesnivelamento de segmento ST na derivação aVL. O infradesnivelamento pode ser tão mínimo quanto 0,25 mm (Figura 52). Trata-se de sinal muito específico (96%), mas pouco sensível. Isso quer dizer que não ocorre na maioria dos casos, mas quando ocorre é praticamente definitivo. Essa regra não se aplica a pacientes com bloqueio de ramo esquerdo. Esses padrões são descritos a seguir.

Em casos sutis, ou em que há dúvida, pode-se utilizar uma fórmula que utiliza parâmetros facilmente obtidos do ECG para uma acurácia excelente para o diagnóstico de IAMCST (Figura 51). O ponto de corte para diagnóstico de IAM é 18,2 ou maior. Esse ponto de corte tem sensibilidade de 88,8% e especificidade de 94,7% para diagnóstico de IAMCST. A fórmula também pode ser encontrada em aplicativo e no site do Dr. Steven Smith (<http://hqmeded-ecg.blogspot.com/p/rules-equations.html>). Essa fórmula não pode ser usada se houver qualquer uma das características abaixo:

- Bloqueio de ramo.
- Inversão de onda T de V2 a V6.
- Distorção de QRS terminal em V2 e V3 – ausência de ondas S e J.
- Presença de segmento ST com convexidade para cima.
- Infradesnivelamento > 1 mm de segmento ST em DII, DIII e aVF.
- Infradesnivelamento de segmento ST de V2 a V6.
- Ondas Q patológicas de V2 a V4.

Figura 49 - Eletrocardiograma mostrando um infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento inferior



Figura 50 - Eletrocardiograma mostrando ritmo de fibrilação atrial com resposta ventricular aumentada e infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento posterior

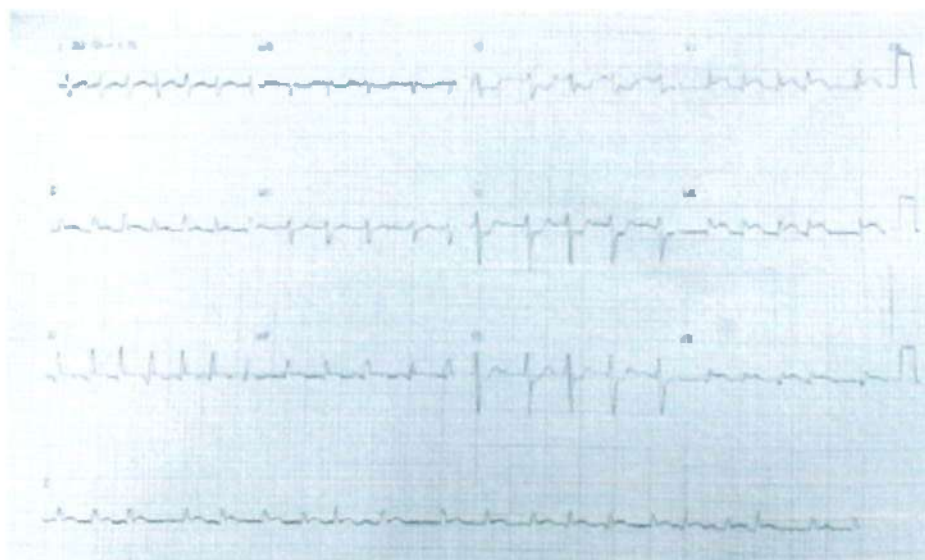


Figura 51 - Fórmula de quatro variáveis para diagnóstico de IAM

$$0,05 \times QTc - 0,151 \times QRS_{\sigma} - 0,268 \times P_{90} + 1,002 \times \text{supraST}_{\text{posterior}} \geq 16,2$$

Figura 52 - Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST inferior sutil comprovado pelo infradesnivelamento do segmento ST em aVL

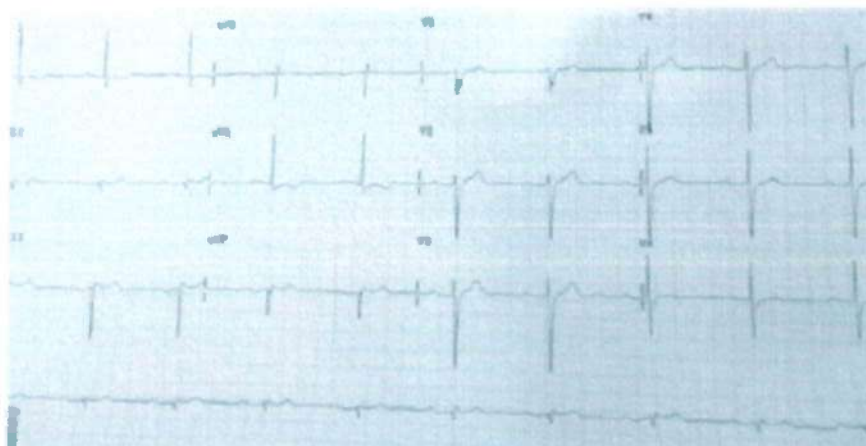


Tabela 10 - Progressão de mudanças eletrocardiográficas no IAMCST

Mudança no ECG	Tempo	Duração
Prolongamento QT	Minutos	Minutos
Ondas T hiperagudas	Minutos	Minutos
Elevação do segmento ST	Minutos	Horas
Ondas Q patológica	Horas	Indefinido
Inversões de onda T	Horas	Semanas/meses

Outros padrões equivalentes a IAMCST

Outros ECGs devem ser considerados equivalentes a supradesnivelamento de segmento ST. Nesses casos a recomendação em consenso europeu indica o cateterismo de emergência e angioplastia primária, mas não a trombólise.

Os critérios de Sgarbossa se propõem a identificar infarto agudo do miocárdio na presença de bloqueio de ramo esquerdo. O escore modificado por Smith foi publicado em 2012 e alterou um critério para ser proporcional à amplitude do QRS:

- Elevação de segmento ST em pelo menos 1 mm em derivação com QRS predominante positivo
- Depressão de segmento ST em pelo menos 1 mm em derivação com QRS predominante negativo nas derivações V1 a V3
- Discordância entre segmento ST e complexo QRS acima de 30%. O segmento ST deve ter desvio mínimo de 1 mm. O cálculo é a razão entre o desvio do segmento ST (seja positivo ou negativo) e o tamanho da onda S no caso de QRS predominantemente

Esse estudo com 129 pacientes demonstrou uma melhora de sensibilidade de 52% para 100% e redução da especificidade apenas de 98% de 86%. Na regra modificada, só é necessário um critério em uma única derivação para ser considerado positivo. Os critérios de Sgarbossa também podem ser usados em pacientes com ritmo de marca-passo. Nesse caso a especificidade é boa, mas a sensibilidade é desconhecida.

Pacientes que se apresentam com isquemia triarterial grave ou lesão obstrutiva grave de tronco de coronária esquerda podem apresentar supradesnivelamento de segmento ST da derivação aVR acrescido ou não da derivação V1. Esse padrão também precisa mostrar infradesnivelamento de segmento ST em seis a oito derivações adicionais (dependendo da referência).

Já no padrão de De Winter, o significado é uma lesão aguda crítica de descendente anterior (Capítulo "Dor torácica"). Esse padrão se apresenta como depressão do ponto J maior ou igual a 1 mm de V1 a V6, com segmento ST de padrão retificado ou ascendente e ondas T positivas, largas, altas e simétricas.

Diagnóstico diferencial eletrocardiográfico

Certas condições comuns podem provocar o aparecimento de supradesnivelamento do segmento ST, mas que não são infarto agudo do miocárdio.

Diagnóstico diferencial de supradesnivelamento de segmento ST	Mnemônico para causas de supradesnivelamento de segmento ST
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Vasoespasmos • Repolarização precoce • Miocardite/pericardite <p>Infradesnivelamento de PR</p> <p>Supradesnivelamento difuso de ST (em geral)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma ventricular <p>Infarto antigo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de ventrículo esquerdo (alta voltagem) • Bloqueio de ramo esquerdo • Ritmo de marca-passo • Hipercalemia • Síndrome de Brugada (ou similares) • Hipotermia • Pós-cardioversão (stunning) • Takotsubo • Anormalidades intracranianas • Sinal do Spiked helmet • Hipercalemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão/contusão cardíaca • Eletrolitos (hipercalemia) • Medicamentos (bloqueadores de canal de sódio) • Bloqueio de ramo esquerdo • Repolarização precoce • Arritmia (pré-excitação) • Aumento de pressão craniana ou abdominal • Prinzmetal (vasoespasmos) • Inflamação (pericardite) • Choque • Estresse (Takotsubo) • Aneurisma ventricular (IAM antigo) • VE largo • Toxina • Osborn (hipotermia)
--	--

Em vista do curto tempo para o diagnóstico, a diferenciação é complexa. Na dúvida, deve-se conduzir o caso como IAMCST e não descartar o diagnóstico de IAM. Seguem algumas recomendações para diferenciação. A presença de infradesnivelamento de segmento ST em qualquer derivação, com exceção de V1 e aVR concomitante com a presença de supra, é bastante específica para IAM.

A elevação difusa de segmento ST usualmente não é isquêmica, mas em alguns casos a irrigação miocárdica pode ter uma coronária única ou preponderante (artéria descendente anterior do tipo III). Uma isquemia nesse tipo de artéria leva a presença de supradesnivelamento de ST difuso e isso pode ser erroneamente interpretado como pericardite.

Pacientes com aneurisma ventricular (presença de ondas Q) podem ter supradesnivelamento de segmento ST persistente. Para diferenciar aneurisma ventricular de um novo episódio isquêmico, pode-se usar uma das regras demonstradas na Figura

53. Para isso, pelo menos um dos complexos QRS de V1 a V4 deve ser uma onda QS. Se uma das regras for positiva, provavelmente trata-se de isquemia nova. Em estudo com 155 pacientes, foi encontrada sensibilidade de 92% e especificidade de 69% para a regra 1 e sensibilidade de 92% e especificidade de 81% para a regra 2.

Figura 53 - Diferenciação entre novo infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST e supradesnivelamento de segmento ST persistente aneurismático.

$$\text{Regra 1} \\ \frac{\text{soma das amplitudes das ondas T em V1+V2+V3+V4}}{\text{soma das amplitudes do complexo QRS em V1+V2+V3+V4}} > 0,22$$

$$\text{Regra 2} \\ \frac{\text{amplitude da onda T}}{\text{amplitude do complexo QRS}} \geq 0,30 \text{ em V1, V2, V3 ou V4}$$

4.5.5. Tratamento

Uma vez identificado o supradesnivelamento significativo no ECG, deve-se iniciar as ações para tratamento, independentemente do resultado de troponina. Nesse caso:

- O paciente deve ser colocado em monitorização cardíaca.
- Obter acesso venoso.
- Medica-se o paciente com a dupla antiagregação plaquetária.
- Avalia-se a necessidade de oxigênio suplementar se saturação < 90%.
- O controle da dor deve ser obtido com nitrato, morfina e betabloqueador. A morfina não deve ser usada de rotina.

O nitrato sublingual deve ser oferecido primeiro progredindo-se para endovenoso, se não houver controle. Nitratos não melhoram a sobrevida ou diminuem desfechos cardiovasculares adversos graves, mas são indicados para controle de pressão arterial, insuficiência cardíaca e alívio de sintomas anginosos. O nitrato é contraindicado na presença de infarto de ventrículo direito ou se o paciente fez uso de inibidor seletivo da fosfodiesterase 5 (p. ex., sildenafil ou tadalafil).

Betabloqueadores por via oral são indicados após o IAM. Pacientes com grandes infartos e sob risco de choque cardiogênico não devem receber betabloqueadores agudamente. Devem ser prescritos em casos de baixo risco ou após atingirem estabilidade hemodinâmica. O benefício de uma dose endovenosa inicial não é conclusivo, mas parece não existir.

São contraindicados em pacientes com doença arterial periférica, intervalo PR > 0,24, bloqueio cardíaco, insuficiência cardíaca aguda (se não fazia uso prévio), baixo débito e risco de choque cardiogênico (idade > 70 anos, pressão arterial sistêmica < 120 mmHg, frequência cardíaca > 110 bpm ou < 60 bpm e duração prolongada dos sintomas). Para pacientes com broncoespasmo ou doença pulmonar obstrutiva.

Tabela 11 - Posologia e apresentação de betabloqueadores

Droga Nome	Nome comercial	Apresentação	Posologia
Propranolol	Inderal	10, 40 e 80 mg	20-210 mg (2-3x/dia)
Atenolol	Atenol	25, 50 e 100 mg	25-200 mg (1-2x/dia)
Metoprolol	Seloken, Lopressor, Selozok	100mg (25, 50 e 100mg)	50-200 mg (1-2x/dia)
Metoprolol VO	Seloken	5 mg	5 md a cada 5 min total 15 mg
Bisoprolol	Concor	1,25/2,5/5/10 mg	1,5 -10mg (1x/dia)
Carvedilol	Cores, Divalol, Cardilol, Dilatrend	3,125/6,25/12,5/25 mg	12,5-100 mg (2x/dia)
Pindolol	Visken	5 e 10 mg	5-60 mg (2x/dia)

A aspirina deve ser oferecida a todos os pacientes com dose recomendada de 300 mg por via oral, exceto na alergia verdadeira ou na suspeita de dissecação de aorta. O segundo antiagregante depende do método que será utilizado para reperfusão primária. No caso da angioplastia primária estão indicados ticagrelor ou prasugrel (clopidogrel só deve ser usado na indisponibilidade do ticagrelor e prasugrel). No caso de uso de fibrinolíticos estão indicados o clopidogrel ou ticagrelor.

A angioplastia primária é mais eficiente na reperfusão, tem melhor resultado e apresenta menor risco de reinfarto ou isquemia residual em comparação à terapia fibrinolítica. Se o local onde o paciente estiver sendo atendido não for um centro com recurso de angioplastia primária, a decisão de transferência ou fibrinólise depende do tempo de transferência. Se o tempo entre a porta do primeiro serviço de saúde até o momento do balão no centro com hemodinâmica for menor que 120 minutos, está indicada a transferência. Caso contrário, a estratégia fibrinolítica local está indicada se não houver contraindicação (Figura 54). Após o fibrinolítico, o paciente deve ser submetido a cineangiocoronariografia em até 24 horas. O fibrinolítico tem resultados comparáveis à angioplastia quando o paciente se apresenta com menos de 2 a 3 horas do início dos sintomas, apresenta risco de morte leve a moderado (TIMI-STEMI de 0 a 4), quando há grande área de miocárdio sob risco, ausência de onda Q e ausência de dúvida do diagnóstico.

Figura 54 - Contraindicações aos fibrinolíticos

Contraindicações absolutas	Contraindicações relativas
Qualquer sangramento intracraniano prévio	História de AVC isquêmico > 3 meses ou doenças intracranianas não listadas nas contraindicações absolutas
AVC isquêmico nos últimos 3 meses (exceto se nas últimas 4,5 horas)	Gravidez
Neoplasia no sistema nervoso central ou lesão vascular	Uso atual de antagonistas da vitamina K: quanto maior o INR maior o risco de sangramento
Trauma significativo na cabeça ou rosto nos últimos 3 meses	Sangramento interno recente < 2 a 4 semanas
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação)	Ressuscitação cardiopulmonar traumática e prolongada ou cirurgia de grande porte < 3 semanas
Dissecção aguda de aorta	Hipertensão arterial não controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 100 mmHg)
	História de hipertensão arterial crônica importante e não controlada
	Úlcera péptica ativa
	Exposição prévia a estreptoquinase (somente para estreptoquinase)

Fibrinolíticos

O alvo para início do fibrinolítico é de 30 minutos após entrada do paciente no serviço. As opções incluem:



- Estreptoquinase: dose 1.500.000 U infundido em 1 hora. O paciente deve ser monitorado de perto e o médico deve permanecer do lado durante a infusão. No caso de hipotensão grave, deve-se diminuir o ritmo de infusão e até suspender temporariamente a infusão e considerar infusão de volume.
- Alteplase: em pacientes com mais de 65 kg, a dose é de 15 mg em bolus, 50 mg em 30 minutos e 35 mg em 1 hora. Para pacientes com menos de 65 kg, a dose é 15 mg em bolus, 0,75 mg/kg em 30 minutos e 0,5 mg/kg em 60 minutos.
- Tenecteplase: dose total em bolus de acordo com o peso e idade. Para pacientes com menos de 60 kg, a dose é 30 mg. Para pacientes entre 60 e 70 kg, a dose é de 35 mg. Para pacientes entre 70 e 80 kg, a dose é de 40 mg. Para pacientes entre 80 e 90 kg, a dose é de 45 mg. Finalmente, para pacientes acima de 90 kg a dose é de 50 mg. Pacientes com mais de 75 anos devem receber a metade da dose.

No caso de reperfusão por fibrinolítico, estão indicados o uso do clopidogrel ou ticagrelor. O estudo TREAT, com 3.799 pacientes, publicado em março de 2018 e realizado no HCOR em São Paulo, randomizou grupos para usar o clopidogrel ou ticagrelor em pacientes submetidos a terapia fibrinolítica e mostrou que o ticagrelor foi não inferior ao clopidogrel. Ocorreu sangramento importante em 0,73% dos pacientes no grupo ticagrelor, comparado a 0,69% no grupo clopidogrel. Eventos adversos graves ocorrem em 4,0% no grupo ticagrelor, comparado a 4,3% no grupo clopidogrel.

A enoxaparina (ou heparina não fracionada) não deve ser realizada nas primeiras 24 horas nos pacientes que receberam estreptoquinase, mas nos pacientes que receberam alteplase, bolus de 30 mg da enoxaparina deve ser feita de forma endovenosa nos pacientes com menos de 75 anos, seguido de 1 mg/kg 15 minutos após e a cada 12 horas. Os pacientes com mais de 75 anos não devem receber o bolus EV e a dose é 0,75 mg/kg a cada 12 horas.

Nos pacientes com clearance de creatinina entre 15 e 30 mL/min/1,73m², a dose é 1 mg/kg a cada 24 horas.

O alvo para início do fibrinolítico é de 30 minutos após entrada do paciente no serviço.

Critério de reperfusão

Os critérios de reperfusão de 60 a 90 minutos após infusão do trombolítico são:

- Resolução do supradesnivelamento do segmento ST;
- Estabilidade hemodinâmica e elétrica;
- Resolução da dor.

Para se constatar a resolução do supradesnivelamento, pode-se utilizar o valor correspondente à soma de cada supra de todas as derivações com supra ou usar apenas o valor do maior supra de ST antes do trombolítico e comparar com ele após a trombólise. É considerada sucesso a redução em pelo menos 50% desse valor. Nos casos de falha de reperfusão, seja por não resolução do supra, piora da isquemia ou por instabilidade hemodinâmica e elétrica a angioplastia de resgate está indicada imediatamente. Angioplastia primária também pode ser indicada nos casos de isquemia recorrente ou evidência de reoclusão após fibrinólise com sucesso. Mesmo nos casos de reperfusão com sucesso, a angiografia coronariana está indicada em até 24 horas da trombólise.

Por exemplo, suponha que haja supra de 4 mm em V3, 3 mm em V2 e 2 mm em V1 no eletrocardiograma antes do trombolítico. A soma corresponde a 8 mm. Noventa minutos após o trombolítico, o ECG não mostra nenhum supra em V1, 1 mm em V2 e 1 mm em V3. A soma dos supras no ECG após trombólise é de 2 mm, que é menor que 50% do valor inicial de 8 mm. Portanto, constata-se esse critério de reperfusão

Angioplastia primária

No caso de angioplastia primária, estão indicados o prasugrel (60 mg bolus e 10 mg 1 vez ao dia de manutenção*) ou ticagrelor (180 mg bolus e 90 mg de 12/12 horas de manutenção). O clopidogrel (600 mg bolus e 75 mg 1 vez ao dia de manutenção) só deve ser utilizado na falta desses dois medicamentos. Ainda na angioplastia primária, a heparina não fracionada ou de baixo peso molecular não deve ser realizada antes da punção do acesso arterial pelo hemodinamicista.

Para pacientes que se apresentam com mais de 12 horas do início do quadro, a indicação de angioplastia primária é classe I se o paciente ainda estiver sintomático, apresentar instabilidade hemodinâmica ou elétrica. Se o paciente estiver assintomático e se apresentar após 12 horas, mas até 48 horas a indicação de angioplastia primária é classe IIa. Após 48 horas, no paciente assintomático a angioplastia primária é contraindicada.

Na estratégia da angioplastia primária, deve ser tratada apenas a coronária relacionada ao infarto (exceto nos pacientes chocados, quando recomenda-se considerar o tratamento de todas as lesões graves). O implante de endopróteses farmacológicas (stent) é recomendado em detrimento da endoprótese metálica. O acesso radial é recomendado em detrimento do acesso femoral quando o operador é experiente no acesso radial. Inibidores de glicoproteína IIb/IIIa poderão ser indicados na sala de cateterismo em casos de trombose intracoronariana importante.

Tratamento adjuvante

O inibidor da enzima conversora de angiotensina está indicado assim que possível para pacientes com redução de fração de ejeção, hipertensos e diabéticos. Se não houver contraindicação, deve-se prescrever um betabloqueador. Estatina em dose alta deve ser iniciada o mais precoce possível. Para diminuir o risco de sangramento, o paciente deve receber um protetor gástrico. É importante manter o tratamento do diabetes, estimular cessar o tabagismo e programar a reabilitação.

Choque cardiogênico

A classificação de Killip estratifica o risco de óbito em pacientes com diferentes graus de congestão pulmonar, desde estertores discretos até o choque cardiogênico (Figura 55). O choque cardiogênico ocorre em 6 a 7% dos IAM. Deve-se considerar a revascularização não apenas da lesão-alvo, mas completa dessas pacientes.

Nos pacientes chocados, a angioplastia primária deve ser considerada até 48 horas do início do quadro. Muitas vezes é necessário balão intra-aórtico (BIA) ou outro

suporte mecânico para o ventrículo esquerdo. A evidência para o uso do BIA é melhor no paciente que recebeu fibrinolítico do que naquele que foi submetido a angioplastia primária. Atualmente, a recomendação é classe IIa para o consenso norte-americano e classe IIb para o consenso europeu. No caso do consenso europeu, a indicação não é para todo choque cardiogênico, mas apenas nos pacientes com complicações mecânicas (vide a seguir) e como uma ponte para cirurgia.

Figura 55 - Classificação de Killip

Parâmetros	Classe	Risco de óbito (%)
Sem sinais de IC	I	2-3
IC discreta (estertores em bases e B3)	II	8-10
Edema agudo de pulmão	III	20-25
Choque cardiogênico	IV	45-70

Complicações mecânicas

Em casos em que a reperfusão é tardia ou sem sucesso ou o paciente se apresenta tardiamente, a possibilidade de complicações mecânicas é maior. Complicações mecânicas são raras, mas são dramáticas. A sobrevida é ruim e o manejo envolve identificação pronta da complicação e cirurgia cardíaca, muitas vezes de emergência.

A apresentação das complicações precoces é bimodal, com a maioria das complicações ocorrendo nas primeiras 24 horas e o restante na primeira semana. Sopros novos com característica contínua (em maquinaria) é uma pista. Com a suspeita, solicita-se ecocardiografia de emergência para confirmação diagnóstica. Pacientes com complicações mecânicas podem desenvolver choque cardiogênico rapidamente; portanto, se houver indício de instabilidade hemodinâmica, considera-se a colocação de BIA. No colapso circulatório, se estiver disponível, a oxigenação por membrana extracorpórea pode ser uma opção.

4.6. Proposta de implantação atendimento ao trauma conforme ATLS, com adaptações para a UPA

4.6.1. Introdução

No mundo todo o trauma é uma das principais causas de morte e incapacidade física. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), acidentes de trânsito são responsáveis por mais de 1,25 milhão de mortes por ano e são a principal causa de morte na faixa etária de 15-29 anos. As taxas de mortalidade são maiores em países com menor grau de desenvolvimento e estima-se que até 2030 a morte secundária a acidentes de trânsito alcance a sétima colocação no ranking de mortes em todas as faixas etárias (hoje ocupa o nono lugar).

Estima-se que 49% das vítimas de acidentes de trânsito sejam pedestres, ciclistas ou motociclistas, motivando o médico emergencista a conhecer o mecanismo de lesão de cada tipo de trauma, pois eles diferem uns dos outros.

As consequências econômicas do trauma decorrem também de sequelas de acidentes não fatais, somando mais de 50 milhões de vítimas de acidentes de trânsito, levando a relevante oneração relacionada a gastos médicos e perda de produtividade.

O emergencista deve estar preparado para atender as vítimas de trauma, realizar a sua estabilização, diagnóstico e tratamento. Deve exercer um papel de liderança para que o atendimento ocorra de forma sistematizada, pois sabe-se que essa abordagem reduz a morbimortalidade associada a esse tipo de paciente.

É importante que o atendimento seja desenvolvido em equipe, sendo essenciais a organização e a boa comunicação entre a medicina de emergência e outras especialidades, particularmente a cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, assim como deve-se ter uma articulação eficaz com a equipe de anestesia para que o paciente seja levado ao centro cirúrgico com rapidez e segurança no momento oportuno, se esse fluxo se fizer necessário.

4.6.2. Como se inicia o atendimento à vítima de trauma?

Em geral, o atendimento de um paciente vítima de trauma se inicia ainda no ambiente pré-hospitalar. Diversas instituições são responsáveis tanto pelo atendimento quanto pelo desenvolvimento de protocolos específicos para o atendimento desses pacientes. As que mais frequentemente atuam nesse cenário são o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Corpo de Bombeiros, muitas vezes atuando em conjunto para oferecer o cuidado necessário ao paciente. Algumas rodovias estaduais e federais, por meio de suas concessionárias, disponibilizam também seu próprio sistema de atendimento, fornecendo atendimento semelhante aos serviços já citados.

O grau de complexidade dos procedimentos realizados na cena depende da qualificação dos profissionais participantes do atendimento, se essa equipe é classificada como de suporte básico, intermediário ou avançado de vida.

Ainda no local da ocorrência, são realizados procedimentos iniciais, como garantir a segurança da cena, triagem e descontaminação do paciente se for necessário, avaliação primária com manejo de vias aéreas controle de hemorragias e lesões ameaçadoras à vida, avaliação secundária se cabível e o transporte seguro da vítima até o hospital de referência.

O serviço de saúde de destino do paciente deve ser escolhido pelo médico regulador com base em diversos fatores, entre eles a distância e o tempo de percurso entre a unidade de saúde e o local do acidente, a disponibilidade de especialidades e recursos diagnósticos. Também são consideradas a estabilidade clínica do paciente e a presença ou não de médico e enfermeiro na equipe de atendimento pré-hospitalar atuante no caso em questão.

O relatório do atendimento deve ser transmitido ao médico que recebe esse paciente no hospital para que as informações coletadas sobre cinemática do trauma, medidas terapêuticas realizadas até o momento, assim como outras informações relevantes ao atendimento sejam anexadas ao prontuário do paciente e ajudem na condução do caso a partir de então.

4.6.3. Como é realizada a avaliação inicial desse paciente?

O atendimento do paciente vítima de trauma na sala de emergência se inicia pela avaliação primária, que é a sistematização da investigação diagnóstica de lesões imediatamente ameaçadoras à vida do paciente, seguindo uma ordem padronizada de prioridades, sendo o tratamento instituído logo após o diagnóstico.

A ordem da avaliação primária, conforme sugerida pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS), segue o mnemônico ABCDE, como descrito a seguir:

- A. (Airway) Avaliação das vias aéreas com restrição da mobilidade da coluna cervical.
- B. (Breathing) Ventilação e respiração.
- C. (Circulation) Circulação com controle da hemorragia.
- D. (Disability) Avaliação neurológica.
- E. (Exposure and Environment) Exposição e controle do ambiente.

Avaliação das vias aéreas com restrição da mobilidade da coluna cervical

O primeiro passo no atendimento do paciente vítima de trauma é avaliar a perviedade das vias aéreas, mantendo a precaução com a mobilidade da coluna cervical concomitantemente. Deve-se procurar por causas de obstrução das vias aéreas, por exemplo, presença de corpos estranhos, fraturas de mandíbula e face, assim como fraturas de laringe. Também é importante que secreções coletadas na cavidade oral sejam aspiradas para evitar que sejam motivo de obstrução.

Uma causa comum de obstrução de vias aéreas em paciente inconsciente é a queda da língua. Pode-se realizar as manobras de elevação do mento e tração mandibular na tentativa de sanar essa obstrução. Uma cânula orofaríngea pode ser útil como dispositivo temporário, contanto que não haja reflexo de vômito presente, o que

poderia acarretar um episódio de broncoaspiração secundária a vômitos em um paciente incapaz de proteger as suas vias aéreas.

Podemos avaliar rapidamente se existe ou não obstrução de vias aéreas fazendo uma pergunta simples ao paciente, como questioná-lo sobre o seu nome e idade. A capacidade de fonação e deglutição sem dificuldade envolve processos motores complexos para que aconteçam, assim sendo, se esses dois preditores estiverem presentes, pode-se considerar que neste momento a via aérea mantém-se protegida.

Caso haja dúvida acerca da capacidade do paciente de proteger a sua via aérea, uma via aérea avançada deve ser obtida. Em traumas complexos de face, muitas vezes o primeiro plano para se obter uma via aérea definitiva pode ser a realização de cricotireoidostomia cirúrgica em pacientes adultos e por punção em crianças abaixo de 12 anos. Pode-se realizar uma única tentativa de intubação orotraqueal nesses pacientes, mas o material necessário para a realização de via aérea cirúrgica deve estar pronto para ser usado caso essa tentativa seja falha.

A restrição de mobilidade cervical pode ser obtida por meio do uso de um colar cervical. Se houver a necessidade de se realizar intubação endotraqueal ou cricotireoidostomia o colar deve ser aberto e um segundo operador deve realizar a estabilização manual da coluna cervical.

Os dispositivos extraglótticos, como máscaras e tubos laríngeos, são adjuntos no manejo das vias aéreas e devem sempre estar à disposição durante o atendimento de um politraumatizado grave.

Outro dispositivo importante para se incluir no checklist de equipamentos de manejo de via aérea na sala de emergência é o bougie. Evidências recentes comprovaram sua maior taxa de sucesso de intubação em primeira tentativa quando comparado com a intubação sem o seu uso.

Antes de realizar a intubação, se possível, deve-se realizar um exame neurológico sumário incluindo a avaliação do nível de consciência utilizando a escala de coma de Glasgow, pupilas e resposta motora e sensitiva nos quatro membros.

Ventilação e respiração

Neste momento o examinador deve atentar para problemas que afetem os fatores responsáveis pela boa ventilação e oxigenação, ou seja, nos pulmões, caixa torácica e diafragma.

A inspeção se inicia pela busca por turgência jugular e desvio de traqueia, estendendo-se para o tórax, que neste momento deve ser exposto. Deve-se realizar a ausculta e palpação de toda a caixa torácica. A percussão tem pouca utilidade em um ambiente ruidoso como uma sala de emergência. Simultaneamente é instalada a oximetria de pulso e acopla-se uma máscara não reinalante para ofertar oxigênio suplementar ao paciente.

Durante a avaliação primária, deve-se realizar o diagnóstico e tratamento das seguintes lesões ameaçadoras à vida:

Lesão de árvore traqueobrônquica

- A maior parte das lesões acontece em até 2,5 cm da carina.
- Alta mortalidade.
- Apresentação:
 - Hemoptise.
 - Enfisema subcutâneo cervical.
 - Cianose.
 - Pneumotórax hipertensivo.

Tratamento:

- Intubação com fibroscópio pode posicionar o cuff além da lesão ou seletivar o brônquio-fonte sadio como medida temporária até o procedimento cirúrgico.
- Drenagem torácica (pode ser necessário mais de um dreno caso haja persistência de alto débito aéreo no primeiro dreno).

- Avaliação cirúrgica de urgência.

Pneumotórax hipertensivo

Mecanismo de válvula unidirecional do pulmão para a cavidade torácica, levando ao desvio do mediastino, e conseqüentemente diminuição do retorno venoso, débito cardíaco, desencadeando hipotensão (choque obstrutivo).

Causa mais comum: ventilação com pressão positiva em paciente com pneumotórax simples.

O diagnóstico é clínico.

Apresentação:

- Abolição do murmúrio vesicular unilateral.
 - Hipotensão.
 - Turgência jugular (pode estar ausente em paciente hipovolêmico).
 - Dor torácica.
 - Taquicardia.
 - Hemitórax elevado sem movimentos respiratórios.
 - Hipoxemia.
- Tratamento:
 - Punção de alívio com cateter 14G no 5º espaço intercostal ligeiramente anterior à linha axilar média.
 - Se houver falha na punção: toracostomia digital.
 - Tratamento definitivo: drenagem torácica em selo d'água.

Pneumotórax aberto

- Lesões extensas da parede torácica com orifício externo maior do que 2/3 do diâmetro da traqueia.
- O ar segue o caminho de menor resistência, ou seja, o orifício torácico, impossibilitando a ventilação.
- Geralmente tratado pela equipe pré-hospitalar.
- Apresentação:
 - Lesão torácica compatível.

- Abolição do murmúrio vesicular unilateral.
- Passagem audível do som através da caixa torácica.
- Tratamento:
 - Curativo de três pontos (mecanismo valvar, possibilitando a saída do ar sem seu retorno ao tórax).
 - Tratamento definitivo: drenagem torácica em selo d'água.

Hemotórax maciço

- Acúmulo de mais do que 1.500 mL de sangue no hemitórax causa compressão pulmonar suficiente para gerar
- importante desconforto respiratório, hipotensão e choque.
- Indicação cirúrgica:
 - Drenagem inicial maior do que 1.500 mL.
 - Débito de mais de 200 mL/h por 2-4 h após a drenagem.
- Tratamento:
 - Ressuscitação hemodinâmica.
 - Avaliação cirúrgica com urgência.
 - Drenagem torácica em selo d'água.

Tamponamento cardíaco

- Compressão do coração por acúmulo de fluido no saco pericárdico.
- Mais comum em traumas penetrantes. Apresentação:
 - Abafamento de bulhas cardíacas.*
 - Turgência jugular.*
 - Hipotensão.*
 - eFAST usado repetidamente tem acurácia de 90-95%.
- Tratamento:
 - Toracotomia de emergência; ou esternotomia.
 - Na ausência de cirurgião ou emergencista capacitado nesse procedimento participando do atendimento pode-se realizar pericardiocentese guiada por ultrassom (US) como medida temporária.

Circulação com controle de hemorragia

A atenção à hemodinâmica do paciente continua de forma mais focada neste momento. Deve-se avaliar a perfusão periférica, pulsos e a capacidade do paciente de manter um bom nível de consciência. Raramente um paciente com boa perfusão periférica se encontrará hipovolêmico, assim como um pulso periférico rápido e fino ou ausente é um sinal clássico de choque hipovolêmico.

Se a monitorização eletrocardiográfica e a de pressão arterial ainda não tiverem sido instaladas, neste momento faz-se necessário.

Classicamente se orienta que sejam instalados dois acessos venosos periféricos de grosso calibre (pelo menos 18G); na impossibilidade deve-se tentar acesso intraósseo, acesso venoso central e flebotomia, nessa ordem de prioridades. Acesso venoso periférico ou central guiado por US também podem ser conseguidos a depender da expertise do emergencista ou enfermeiro assistente. Devem ser coletados níveis séricos de hemoglobina e hematócrito, INR, tipagem sanguínea, lactato e gasometria arterial para avaliar o déficit de bases, assim como beta-HCG para todas as mulheres em idade fértil.

Devem ser administrados 1.000 mL de solução isotônica aquecida (37°C-40°C). Se o paciente não responder a essa medida inicial, deve-se iniciar transfusão sanguínea imediatamente.

Todo local de sangramento visível deve ser contido. A primeira medida para interromper um sangramento externo é a compressão direta, podendo ser seguida de um curativo compressivo com ou sem agente hemostático.

Quando um sangramento em extremidade não puder ser controlado com essas medidas, um torniquete pode ser aplicado logo acima da lesão.

Outras fontes de hemorragia interna devem ser identificadas através de exame físico e exames complementares (p. ex., eFAST, radiografia de tórax e radiografia de pelve). Locais comuns de hemorragia são: tórax, abdome, retroperitônio, pelve e ossos longos. A sondagem vesical pode ser uma medida importante para o diagnóstico de sangramento retroperitoneal, porém, caso haja sangramento uretral, não deve ser realizada neste momento. O toque retal, assim como o toque vaginal, deve ser reservado para pacientes com suspeita de trauma pélvico (mecanismo de trauma compatível, equimose perineal). O uso de sondagem orogástrica pode ser útil para decomprimir o estômago, reduzir o risco de aspiração e, em alguns casos, evidenciar presença de sangue no interior dele.

Deve-se obter radiografias de tórax e pelve AP (anteroposterior) quando forem necessárias, porém elas não devem atrasar a ressuscitação e devem ser realizadas ainda na sala de emergência.

À beira do leito, deve-se realizar o eFAST (avaliação ultrassonográfica estendida direcionada para o trauma) para buscar por tamponamento cardíaco, hemotórax e líquido livre em cavidade abdominal, entre outros diagnósticos possíveis. A interpretação do exame e sua implicação terapêutica devem levar em conta a estabilidade hemodinâmica do paciente. O lavado peritoneal diagnóstico deve ser realizado em pacientes instáveis hemodinamicamente na ausência de eFAST ou quando, por algum motivo, ele for impossibilitado de ser realizado.

Se identificada instabilidade pélvica no exame físico, deve ser realizada imobilização até que seja fixada cirurgicamente. Ossos longos fraturados devem ser alinhados e imobilizados, sempre checando a função neurovascular do membro antes e após cada manipulação.

A literatura recente evidenciou melhora de sobrevida em pacientes com choque hemorrágico e que receberam ácido tranexâmico precocemente. Deve ser administrado em pacientes vítimas de trauma com a pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg e taquicardia acima de 120 bpm na dose de 1 g IV em 10 min em até 3 horas do trauma seguido de 1 g IV nas próximas 8 horas. A primeira dose deve ser realizada preferencialmente ainda no ambiente pré-hospitalar.

Alguns pacientes são candidatos a receber transfusão maciça a depender do quadro clínico apresentado na admissão da sala de emergência, sendo guiados também por escores de risco, por exemplo, o escore ABC.

Protocolos institucionais agilizam o processo desse tipo de intervenção e devem ser implementados em unidades de saúde para as quais traumas graves são referenciados. São administrados concentrados de hemácias, plasma e plaquetas na proporção de 1:1:1 em grande parte dos protocolos de transfusão maciça.

Um critério que auxilia na tomada de decisão de transfusão maciça é o ABC escore:

- Mecanismo penetrante.
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg.
- Frequência cardíaca > 120 bpm.
- FAST positivo.

Dois ou mais critérios positivos auxiliam na indicação de transfusão maciça.

Avaliação neurológica

Após a avaliação das vias aéreas, respiração e circulação, devemos dar início ao exame neurológico mais focado.

O objetivo neste momento é determinar o nível de consciência, realizar a avaliação das pupilas observando seu tamanho e reação à luz, assim como identificar sinais de lateralização. Também deve-se avaliar rapidamente o nível do trauma raquimedular se este estiver presente.

Busca-se prevenir lesão cerebral secundária, mantendo boa oxigenação e perfusão cerebrais. Assim que identificada lesão, deve-se obter uma avaliação neurocirúrgica o mais breve possível.

Pacientes que fizeram uso de álcool, drogas lícitas ou ilícitas, assim como em estado de hipoglicemia, podem apresentar alteração no nível de consciência sem lesão cranioencefálica direta, porém são diagnósticos de exclusão e todo paciente com rebaixamento do nível de consciência deve ser interpretado como secundário ao trauma até que sejam descartadas lesões estruturais. Muitas vezes as duas situações podem estar associadas no mesmo paciente.

Exposição e controle do ambiente

Ainda na avaliação primária, realiza-se a exposição completa do paciente, mantendo a precaução com o risco de causar-lhe hipotermia. O paciente deve ser inspecionado por toda a superfície corpórea em busca de estigmas de trauma, como abrasões, escoriações e queimaduras. Após a exposição e inspeção, deve-se mantê-lo coberto com mantas térmicas ou cobertores aquecidos.

A temperatura ambiente da sala de emergência deve ser ajustada para que o risco de hipotermia seja minimizado.

Transferência

Ao fim da avaliação primária deve-se considerar a necessidade de transferência do paciente para um hospital com os recursos necessários para manejar afecções que não puderem ter seu tratamento definitivo no local onde o paciente iniciou o atendimento. Não se deve atrasar a transferência para a realização de exames diagnósticos além do necessário na avaliação primária.

4.6.4. Qual é o próximo passo após a avaliação primária?

Dando continuidade ao atendimento do paciente vítima de trauma, deve-se realizar a avaliação secundária no paciente que se encontre clinicamente estável. Este é o momento em que buscamos lesões que não ameaçam imediatamente a vida, mas que podem gerar sequelas, desconforto ou evoluir com piora do quadro clínico.

Sinais vitais, monitorização e responsividade devem ser checadas constantemente durante o exame. Havendo deterioração no quadro clínico em qualquer momento, deve-se prontamente refazer a avaliação primária.

Inicia-se pela história e prossegue-se com o exame físico detalhado. O mnemônico AMPLA pode ser usado para que se lembre o que deve ser questionado no momento da história de uma vítima de trauma:

- A – Alergias.
- M – Medicamentos em uso.
- P – Passado médico/prenhez.
- L – Líquidos e alimentos ingeridos recentemente.
- A – Ambiente e eventos relacionados ao trauma.

O exame físico neste momento deve focar em não deixar nenhuma lesão passar despercebida. Realiza-se uma avaliação minuciosa craniocaudal como descrito a seguir.

Cabeça

Inspeção e palpação de toda a face e couro cabeludo procurando por deformidades e lacerações. Deve-se examinar a acuidade visual, motricidade ocular, reflexos pupilares (em pacientes com edema palpebral, o reflexo consensual pode ser testado com o uso do US point-of-care), hemorragia conjuntiva. Se o paciente estiver com lentes de contato, devem ser removidas neste momento.

Realiza-se inspeção da cavidade oral e de integridade de mucosa, dentes e arcabouço ósseo maxilofacial.

Coluna cervical e pescoço

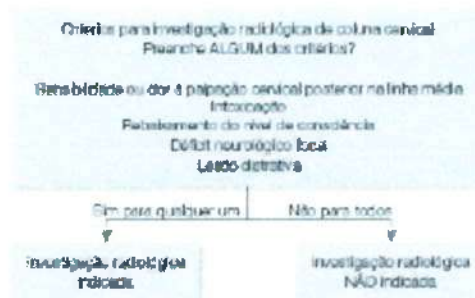
Todo paciente politraumatizado tem risco potencial de ter lesão na coluna vertebral; dessa forma, deve-se manter as precauções de mobilidade cervical.

É importante que seja palpado, inspecionado e auscultado o pescoço (investigando sopro carotídeo). Observar a presença de dor e sensibilidade à palpação cervical.

A presença de discreto enfisema subcutâneo pode inferir lesões de vias aéreas que não foram notadas na avaliação primária.

Radiografias simples de coluna cervical têm um valor limitado e foram suplantadas em grande parte pela tomografia computadorizada (TC). Um exame neurológico normal associado a uma TC sem alterações é suficiente para descartar lesão em coluna cervical, na Figura 57.

Figura 57 - Critérios NEXUS para indicação de investigação radiológica



A avaliação radiográfica e a necessidade de mantermos precaução de mobilidade de coluna cervical podem ser evitadas se o paciente preencher os Critérios de Baixo Risco NEXUS (National Emergency X-Radiography Utilization Study) ou a Regra Canadense de Coluna Cervical, na Figura 57.

Tórax

A avaliação secundária do tórax consiste na inspeção de todo o tórax exposto, ausculta cardíaca e pulmonares.



Pode-se realizar a percussão de campos pulmonares, palpação de todos os arcos costais, articulações costoverbrais, clavículas e esterno.

Se um pneumotórax hipertensivo foi aliviado na avaliação primária, deve ser realizada drenagem tubular em selo d'água neste momento.

A TC de tórax está indicada se o paciente politraumatizado apresentar dor torácica importante, dispneia, sensibilidade esternal ou alteração no US torácico ou radiografia de tórax.

Atente para lesões potencialmente ameaçadoras à vida: pneumotórax simples, hemotórax, tórax flácido, contusão miocárdica, rotura traumática de aorta, rotura diafragmática e rotura esofágica.

Abdome e pelve

Estigmas de trauma abdominal devem ser buscados durante a inspeção, como marcas de cinto de segurança, abrasões e escoriações, correlacionando a sua localização com uma possível lesão intra-abdominal.

Palpa-se o abdome como um todo observando se existe algum ponto localizado de dor ou sinal de irritação peritoneal. A pelve é examinada testando por sinais de instabilidade anteroposterior e anterolateral, assim como deve-se avaliar a sínfise púbica à procura de disjunção. A radiografia AP de pelve tem pouca sensibilidade em diagnosticar todas as lesões possíveis de bacia, mas se encontrada uma fratura em livro aberto, é suficiente para inferir a necessidade de estabilização pélvica, embolização ou fixação cirúrgica. Pacientes assintomáticos, estáveis hemodinamicamente e sem alterações no exame físico da pelve não necessitam de radiografia de bacia.

Musculoesquelético

Deformidades, contusões e escoriações devem ser buscadas na avaliação das extremidades do paciente. Deve-se palpar proeminências ósseas à procura de dor e

dificuldade de mobilização, sugerindo a possibilidade de fratura oculta. Atenção especial deve ser dada ao membro com dor desproporcional à lesão identificada, sugerindo a evolução de síndrome compartimental.

O dorso do paciente deve ser inspecionado e palpado por inteiro.

Neurológico

Novamente é realizada a avaliação do nível de consciência pela escala de coma de Glasgow, resposta pupilar e avaliação mais detalhada da motricidade e sensibilidade do paciente.

Reavaliação

O paciente deve ser reavaliado de forma contínua, observando alterações de sinais vitais, resposta à terapêutica da dor e presença de novas queixas ou piora do quadro inicial.

4.7. Proposta de implantação de protocolo de insuficiência respiratória aguda

4.7.1. Introdução

A insuficiência respiratória aguda (IRSPA) pode ser definida como uma incapacidade do sistema respiratório em captar oxigênio (PO₂) e/ou remover o gás carbônico (PCO₂) do sangue e dos tecidos do organismo.

Trata-se de uma síndrome e não de uma doença, sendo diversas as entidades clínicas que podem causá-la. Isso se deve à complexidade do sistema respiratório e dos seus vários componentes. Como ilustrado na figura 58 a respiração requer o funcionamento harmônico e concatenado de diversos órgãos e aparelhos.

Figura 58 - Componentes do sistema respiratória formando elos de uma corrente



Os três primeiros elos da corrente da Figura 58 constituem a chamada “bomba” ventilatória do sistema e são responsáveis pelo volume minuto e a ventilação alveolar. Falhas na sua função resultam em repesamento de CO₂ no sangue e hipercapnia. Esta por sua vez pode comprometer a oxigenação de forma secundária, impedindo a renovação do gás alveolar. Por outro lado, afecções do parênquima pulmonar e das vias aéreas (sobretudo das inferiores) resultam em prejuízo principalmente da oxigenação, sendo mantida a eliminação de CO₂ desde que a “bomba” ventilatória esteja funcionando adequadamente.

O último elo da corrente consiste no sistema de transporte de gases para os tecidos do organismo. Quadros de choque hemodinâmico ou disfunção da hemoglobina

também podem ser causas de IRespA. Falhas em um ou mais dos componentes do sistema respiratório podem resultar no quadro de IRespA que frequentemente tem origem multifatorial. Por exemplo, uma paciente vítima de traumatismo crânio-encefálico, contusão pulmonar e choque hemorrágico apresenta múltiplos componentes para desenvolvimento de IRespA. Apesar da diversidade de causas, a abordagem diagnóstica e a classificação da IRespA, bem como sua terapêutica incluem princípios gerais apresentados a seguir.

- D(A-a)O₂: Diferença alvéolo-arterial de oxigênio DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica FIO₂: Fração inspirada de oxigênio
- IRespA: insuficiência respiratória aguda PaCO₂: Pressão arterial de gás carbônico PaO₂: Pressão arterial de oxigênio
- SDRA: Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo V/Q: relação ventilação/perfusão
- VA: Ventilação alveolar

4.7.2. Objetivos

- Fornecer um material didático atualizado e de fácil acesso sobre o tema para os profissionais e graduandos da instituição;
- Homogeneizar as condutas dos profissionais que lidam com a doença nos diversos setores do hospital, com base na melhor evidência científica;
- Racionalizar a utilização dos insumos ligados ao diagnóstico e tratamento da doença;
- Otimizar o planejamento das ações visando reduzir o tempo de internamento hospitalar.

4.7.3. História clínica e exame físico

Tanto a hipoxemia arterial quanto a hipercapnia resultam em manifestações clínicas que alertam para o diagnóstico de IRespA. O quadro clínico dependerá da

doença de base e dos fatores precipitantes. De um modo geral, na hipoxemia com ou sem hipercapnia, os pacientes apresentam o que chamamos de forma imprecisa de “desconforto respiratório”. Este se caracteriza por uma combinação de um ou mais dos seguintes achados:

- Alteração do estado mental, variando da agitação à sonolência;
- Sinais de aumento do trabalho respiratório (batimentos de asa de nariz, uso de musculatura acessória da respiração, retração ou tiragem intercostal, sinal de Hoover, retração supraclavicular e supra esternal, respiração paradoxal);
- Taquipnéia ($f > 30-35$ irpm);
- Cianose central (incluindo lábios e língua);
- Sudorese, taquicardia, hipertensão ou outros sinais de liberação adrenérgica.

Caracteristicamente a hipercapnia produz aumento da pressão intracraniana e torpor podendo evoluir para narcose, e se associar a tremores de extremidades e vasodilatação cutânea.

4.7.4. Exames diagnósticos indicados

O diagnóstico requer alguma medida objetiva como a oximetria de pulso de O₂ (SpO₂, quinto sinal vital no exame físico) e a gasometria arterial para sua confirmação, classificação, avaliação da gravidade e escolha da terapêutica mais adequada. A oximetria de pulso em ar ambiente evidencia redução da SpO₂ para valores inferiores a 90-93%. Ressalte-se que a oximetria de pulso tem reduzida acurácia em situações de má perfusão periférica (estados de choque), em casos de metemoglobinemia e de mal posicionamento do sensor no dedo (Figura 60).

O traçado da onda de pulso deve ser cuidadosamente observado para evitar erros nas medidas obtidas. A gasometria arterial é exame obrigatório. Além dela, os seguintes exames devem ser realizados: raio-X de tórax, ECG, provas bioquímicas (eletrólitos, glicemia e função renal), próBNP e hemograma. Deve-se ainda considerar a

realização de Ecocardiograma e TC de tórax a depender da suspeita diagnóstica. A tabela 13 lista as principais causas de IRespA e seus achados mais frequentes que podem auxiliar no diagnóstico diferencial.

Figura 60 - Avaliação da oximetria de pulso

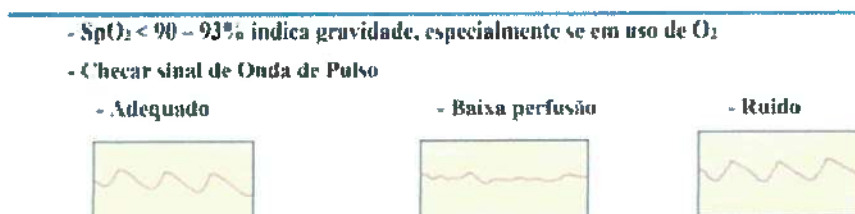


Tabela 13 - Principais entidades clínicas que cursam com IRespA e achados clínicos peculiares

Tipos de IRespA	Entidades clínicas representativas	Achados clínicos peculiares
Hipercápnica	Sd. Guillain-Barre	Paralisia muscular ascendente
	Miastenia gravis	Paralisia muscular, ptose palpebral, disfunção da deglutição, fala.
	Overdose de sedativos/opioides	Depressão do nível de consciência, diminuição da frequência respiratória.
	Trauma raquimedular	Nível sensitivo e motor.
Hipoxêmica	SDRA ou SARA	Hipoxemia refratária, opacidades alveolares bilaterais no Raio-x de tórax.
	Edema agudo cardiogênico	Alterações hemodinâmicas e do ECG, aumento da área cardíaca e sinais de congestão no Raio-x de tórax.
	Pneumonia grave	Tosse e expectoração purulenta, focos de consolidação no Raio-x de tórax.
	Tromboembolismo pulmonar	Raio-x de tórax "quase normal" com hipoxemia refratária.
	Cifoescoliose grave com infecção respiratória	Anormalidades da caixa torácica.
	Exacerbação de DPOC e estado de mal asmático	Sinais de hiperinsuflação pulmonar no exame físico e no Raio-x de tórax.



Tipos de IRespA	Entidades clínicas representativas	Achados clínicos peculiares
Mista	Traumatismo crânio-encefálico e contusão pulmonar	Alterações do nível de consciência, múltiplas fraturas de arcos costais, pneumotórax.
	Qualquer IRespA hipoxêmica que evolui com fadiga muscular respiratória	Movimento respiratório paradoxal, respiração rápida e superficial.

Classificação da IRespA

Podemos classificar a IRespA em três tipos principais do ponto de vista gasométrico: hipercápnica, hipoxêmica ou mista. A IRespA hipercápnica se caracteriza por uma elevação da PaCO₂ acima de 45 a 50mmHg com acidemia resultante, ou seja pH<7,34. A IRespA hipoxêmica é definida por uma PaO₂ < 55 a 60mmHg, em ar ambiente, ou mais caracteristicamente, na vigência de oxigenoterapia. O tipo misto está presente quando ocorre hipoxemia grave associada à retenção de CO₂ com acidose respiratória.

Por exemplo, um paciente com pneumonia grave em geral se apresenta inicialmente com IRespA hipoxêmica que pode evoluir para um quadro de fadiga muscular respiratória com falência secundária da “bomba” ventilatória e hipercapnia. Por outro lado, pacientes com doenças neuromusculares podem apresentar hipercapnia por fraqueza muscular, o que causa hipoventilação alveolar e a este quadro podem-se superpor complicações como retenção de secreções e atelectasias, acrescentado-se um componente hipoxêmico por acometimento do parênquima pulmonar.

A tabela 14 ilustra as principais diferenças entre os três tipos de IRespA.

Tabela 14 - Características clínicas e funcionais dos diferentes tipos de Insuficiência Respiratória Aguda

Tipos de IRespA	Alterações gasométricas			Fisiopatologia		Cenários clínicos	Raio-X de tórax
	pH	PaCO ₂	PaO ₂	VA	D(A-a)O ₂		
Hipercápnica	↓↓	↑↑	↓	↓↓	Normal	Doenças neuromusculares, overdose de sedativos	Normal ou quase normal
Hipoxêmica	↑	↓	↓↓	↑	↑↑	Pneumonia grave, SDRA	Opacidades pulmonares
Mista	↓	↑	↓↓	↓	↑	Edema agudo de pulmão com fadiga diafragmática, exacerbação de DPOC	Opacidades pulmonares

A hipercapnia está invariavelmente associada à hipoventilação alveolar sendo a hipoxemia dela resultante, de grau leve. Já na do tipo hipoxêmica a principal alteração é o aumento da D(A-a)O₂ decorrente de lesão parenquimatosa pulmonar e graus variados de desequilíbrio ventilação/perfusão (V/Q). Quanto às causas pulmonares de hipoxemia ou hipercapnia destacam-se os vários distúrbios possíveis da relação ventilação/perfusão, a saber: o espaço morto, as alterações da difusão de gases, o desequilíbrio da relação ventilação/perfusão e a presença de shunt. Nem sempre é possível determinar-se qual dos mecanismos predomina em um cenário clínico específico.

Diferentes graus de distúrbios da relação ventilação/perfusão podem coexistir no parênquima pulmonar num mesmo paciente. No caso de predomínio de shunt sobre os demais mecanismos, a hipoxemia é mais grave e refratária à oxigenoterapia, isto é, são necessárias elevadas frações inspiradas de oxigênio (FIO₂ >50-60%) para se atingir valores de PaO₂ ao redor de 60 a 70mmHg, como ocorre na SARA. Já em situações com espaço morto alveolar importante, isto é, grandes zonas de parênquima pulmonar sem perfusão sanguínea, como ocorre no enfisema pulmonar, pode haver tanto hipoxemia quanto hipercapnia por comprometimento da ventilação alveolar,

especialmente se a bomba muscular ventilatória não conseguir compensar este problema.

São exceções a esta classificação os distúrbios do transporte do oxigênio por insuficiência cardiovascular e/ou disfunções da hemoglobina (incluindo a presença de níveis elevados de metemoglobinemia no sangue) e as situações de hipoxemia decorrentes de redução da PO₂ atmosférica em elevadas altitudes. Vale ainda destacar a distinção entre insuficiência respiratória aguda e crônica. A primeira se instala em minutos ou horas e se caracteriza por instabilidade, isto é, a troca gasosa piora à medida que o quadro evolui. Já a segunda, se instala ao longo de dias, semanas ou meses e se estabiliza através de mecanismos fisiológicos compensatórios. Tal distinção é particularmente importante na avaliação de pacientes com pneumopatias prévias, tais como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças neuromusculares de longa evolução ou deformidades da caixa torácica como cifoescoliose. Nestes casos, o impacto da retenção de CO₂ por disfunção ventilatória sobre o pH sanguíneo é “compensado” pela retenção de bicarbonato pelos rins.

Alguns pacientes podem desenvolver uma IRespA superimposta à insuficiência respiratória crônica. Na vigência de hipercapnia, a presença de níveis elevados de bicarbonato com pH normal ou em valores acima daqueles esperados para o grau de retenção de CO₂ indica que o quadro tem duração de pelo menos alguns dias ou mais.

4.7.5. Tratamento indicado e plano terapêutico

Os objetivos do tratamento de pacientes com IRespA incluem: alívio do desconforto respiratório com resolução dos sinais e sintomas relacionados à hipoxemia e/ou hipercapnia, reversão da acidose respiratória e da hipoxemia e uma oferta de oxigênio adequada aos tecidos do organismo. O tratamento é essencialmente de suporte enquanto “se ganha tempo” para correção do fator precipitante e a terapia da doença de base.

Suplementação de Oxigênio



A maioria dos pacientes requer suplementação de oxigênio. A passagem do oxigênio do gás alveolar para o sangue capilar se dá por difusão e é determinado pelo gradiente de pressão parcial de O₂ entre o gás alveolar e o capilar pulmonar, ou seja a D(A-a)O₂. Na grande maioria das vezes é possível reverter a hipoxemia por aumento da pressão alveolar de oxigênio por uso de O₂ suplementar. A meta terapêutica consiste em corrigir a hipoxemia arterial afim de se garantir uma oferta tissular de O₂ (DO₂) adequada.

A DO₂ por sua vez é resultante do produto do débito cardíaco pelo conteúdo arterial de O₂ (CaO₂). O oxigênio dissolvido no sangue e medido na gasometria arterial (PaO₂) corresponde apenas a uma pequena fração do CaO₂, sendo este quase inteiramente composto pelas moléculas de O₂ carregadas pela hemoglobina. Alcançando-se uma SaO₂ de 90-92% de hemoglobina geralmente se garante um CaO₂ satisfatório. Valores ao redor de 60 a 70mmHg de PaO₂ são suficientes. Elevações maiores da PaO₂ influenciam a SaO₂ de forma apenas marginal e têm pouca influência no transporte de O₂. A tabela 14 ilustra os principais dispositivos utilizados para a oxigenoterapia, sua eficiência em ofertar O₂ e principais indicações.

Tabela 14 - Dispositivos para oxigenoterapia quanto a FIO₂ ofertada e indicações principais

Dispositivo de Oxigenioterapia	FIO ₂ ofertada e fluxos	Principais indicações
Cateter nasal de O₂	Cada L/min aumenta em 3 a 4% a FIO ₂ Ex.: 3l/min, FIO ₂ de 30 a 34%. Uso de baixos fluxos, máximo: 5l/min	Casos menos graves, qualquer IRespA sem shunt como mecanismo predominante.
Máscara facial de Venturi	Mistura ar-oxigênio FIO ₂ precisa (24 a 50%) Uso de altos fluxos de oxigênio	Necessidade de precisão da titulação da FIO ₂ , exacerbação de DPOC ou IRespA mista.
Máscara facial com reservatório	Alta concentração (90 a 100%) de O ₂ e altos fluxos	IRespA hipoxêmica com predomínio de shunt (SARA, Pneumonia grave).

Dispositivo de Oxigenioterapia	FIO ₂ ofertada e fluxos	Principais Indicações
Cateter Nasal de alto Fluxo	Mistura ar-oxigênio FIO ₂ precisa (21 a 100%). Uso de altíssimos fluxos (até 30L/min de O ₂ e ar comprimido respectivamente) com umidificação e aquecimento do ar	IRespA hipoxêmica com predomínio de shunt (SARA, Pneumonia grave).
Capacete de alto Fluxo (ELMO)	Mistura ar-oxigênio FIO ₂ precisa (21 a 100%). Uso de altíssimos fluxos (até 30L/min de O ₂ e ar comprimido respectivamente) com umidificação e aquecimento do ar	IRespA hipoxêmica com predomínio de shunt (SARA, Pneumonia grave).

A resposta à oxigenioterapia deve ser avaliada visando estabelecer a causa predominante de hipoxemia (diferenciando shunt de desequilíbrio V/Q) e para determinação da gravidade. O indicador mais utilizado na prática é a relação PaO₂/FIO₂. Os valores normais se situam em torno de 450 a 500. Valores inferiores a 200 indicam presença de mais de 20% do parênquima pulmonar sofrendo efeito shunt. Valores entre 200 e 300 indicam entre 10 a 20%. Vale ressaltar que a oxigenioterapia não reverte a hipercapnia. Esta requer intervenções que aumentem a ventilação alveolar, como a ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva). Em casos de IRespA hiperclínica, a administração de oxigênio em excesso pode, na verdade, agravar o quadro por efeito da hiperóxia atenuando o drive respiratório e ao mesmo tempo induzindo atelectasias de absorção e eventual piora da relação V/Q nos pulmões. Tal efeito adverso ocorre com mais frequência nos pacientes com exacerbação de DPOC grave e outras situações que cursam com IRespA hiperclínica.

Suporte ventilatório mecânico

A ventilação mecânica, seja de forma invasiva ou não invasiva, está indicada nos quadros de IRespA em que a oxigenioterapia e o tratamento farmacológico da condição

de base não obtém sucesso. Algumas indicações de intubação orotraqueal são apresentadas abaixo:

- Risco de Parada cardiorrespiratória iminente, respiração “agonizante” ou com gasping;
- Rebaixamento do nível de consciência (Escore de Glasgow < 8);
- Agitação psicomotora intensa;
- Instabilidade hemodinâmica, choque, arritmias graves;
- Acidemia com retenção progressiva CO₂;
- Hipoxemia não corrigida pela suplementação de oxigênio com máscara (PaO₂ < 60 mmHg ou SpO₂ < 90%).

Se possível, o suporte ventilatório com pressão positiva deve ser ofertado de forma não invasiva por máscaras ou interfaces especiais. Tal estratégia deve ser considerada em casos menos graves de pacientes com exacerbação de DPOC, no edema agudo de pulmão, em quadros moderados de pneumonia viral ou secundária a imunossupressão e na palição para conforto, desde que não apresente indicação de intubação traqueal ou alguma das condições abaixo:

- Incapacidade de proteção das vias aéreas superiores, comprometimento da eficiência da tosse;
- Lesões faciais que impossibilitem uso de máscaras;
- Hemorragia digestiva alta.

Ressalta-se que a indicação de ventilação mecânica se faz em bases clínicas não se devendo aguardar resultados de gasometria arterial para a tomada de decisão quanto à sua instituição imediata.

4.7.6. Critérios para internação

Por ser uma condição de gravidade acentuada e risco de óbito, a simples identificação da IRespA já é, per si, critério de internação hospitalar, cabendo apenas a estratificação adequada do setor onde o paciente será conduzido: Enfermaria ou UTI.

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI): pacientes com necessidade de FIO₂ ≥ 50%; pacientes com necessidade de assistência ventilatória invasiva ou não invasiva; pacientes cuja causa da IRespA seja a deterioração progressiva do sensório.

- Enfermaria: demais casos.

4.7.7. Critérios de mudança terapêutica

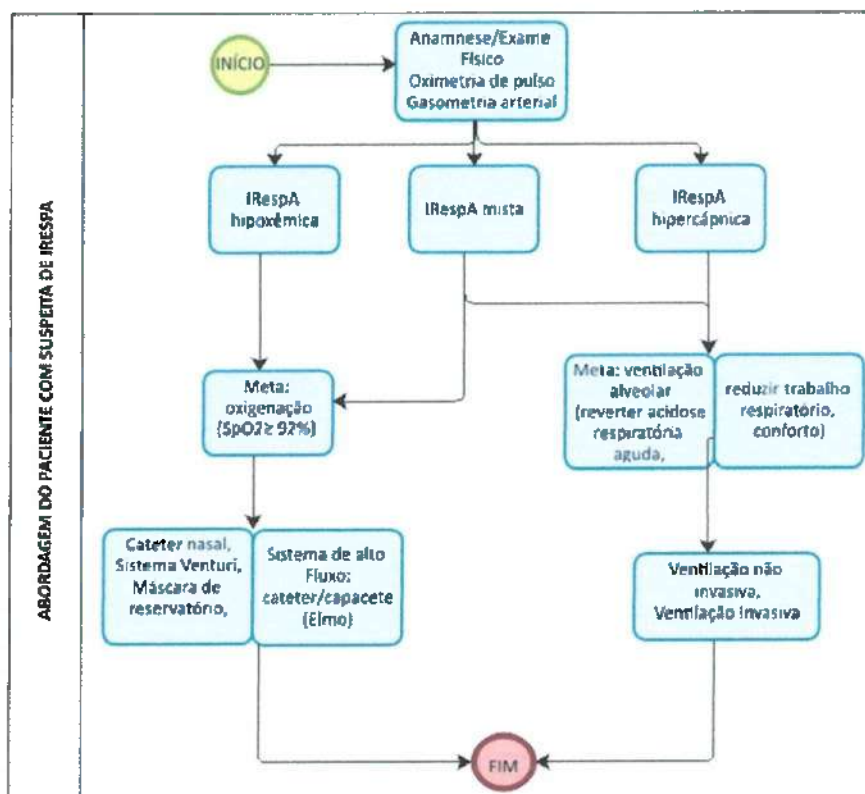
A avaliação da estratégia terapêutica deve ser guiada pelas seguintes metas, de acordo com a causa base da IRespA.

- Manutenção da SpO₂ ≥ 92% (tolerar até 90%, se DPOC grave);
- Alívio do desconforto respiratório e da dispneia;
- Correção da acidose respiratória e da hipoxemia;
- Reversão da fadiga muscular respiratória;
- Reversão e/ou prevenção de atelectasias;
- Diminuição do consumo de O₂ da musculatura respiratória;
- Aumento da oferta de O₂ aos tecidos;
- Diminuição da hipertensão intracraniana.

4.7.8. - Critérios de alta ou transferência

- Manutenção da SpO₂ ≥ 92% sem necessidade de O₂ suplementar por mais de 48h;
- Correção da acidose respiratória aguda;
- Ausência de sinais de trabalho respiratório aumentado (taquipneia, uso de musculatura acessória);
- Reversão ou controle da doença de base que causou a IRespA.

4.7.9. Fluxograma de atendimento



4.8. Proposta de implantação de protocolo AVC conforme ACLS, com adaptações para a UPA

4.8.1. Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) compreende um grupo heterogêneo de doenças cerebrovasculares. De forma geral, pode-se dividir o AVC em isquêmico ou hemorrágico, sendo o primeiro subtipo responsável por 87% dos casos.

O infarto agudo do sistema nervoso central (SNC) é definido como um episódio agudo de disfunção focal do encéfalo, retina e/ou medula espinal com duração maior que 25 h, ou de qualquer duração, se houver evidência radiológica ou patológica de isquemia focal que justifique os sintomas. Quando o infarto acomete estruturas encefálicas, considera-se o evento como um acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi).

Por outro lado, quando os sintomas do paciente persistem por menos de 24 h e não há evidência radiológica de infarto encefálico, denomina-se o quadro de ataque isquêmico transitório (AIT). As classes de recomendação (CR) e níveis de evidência (NE) apresentados neste capítulo estão de acordo com a atualização de 2019 das diretrizes para manejo inicial do AVCi agudo da American Stroke Association (ASA).

4.8.2. Epidemiologia

O AVC é a quinta maior causa de mortalidade nos Estados Unidos e a terceira maior causa de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years*) no mundo. Como será abordado adiante, o AVCi pode ser provocado por múltiplos mecanismos.

Dessa forma, os fatores que aumentam o risco de sua ocorrência podem variar de acordo com o mecanismo subjacente. No entanto, os fatores de risco mais importantes para a maioria dos AVCi são: hipertensão arterial crônica, hipercolesterolemia, aterosclerose carotídea e fibrilação atrial. Outros fatores predisponentes relevantes incluem: tabagismo, abuso de álcool, diabetes mellitus, doença renal crônica, obesidade,

doença arterial periférica, antecedente familiar ou pessoal de infarto agudo do miocárdio e/ou acidente vascular cerebral isquêmico, e antecedente familiar de morte súbita.

4.8.3. Tempo é cérebro

Um dos pontos fundamentais que o clínico deve ter em mente no atendimento do paciente com AVCi agudo é que a sua avaliação e a tomada de condutas devem ser ágeis e objetivas. A razão para isso está no comportamento do tecido cerebral submetido à isquemia.

A redução do aporte sanguíneo para uma determinada região encefálica leva à formação de uma área menor de tecido infartado (cuja função é comprometida de forma irreversível), e uma área maior de penumbra isquêmica adjacente (cuja função pode ser recuperada caso seja obtida a reperfusão tecidual). A cada minuto que passa, a área de isquemia cresce sobre a área de penumbra e a probabilidade de recuperação funcional do paciente diminui. Estima-se que a cada minuto que se passa o paciente perde 1,9 milhão de neurônios. Ou seja, tempo é cérebro.

Conseqüentemente, a eficácia terapêutica das estratégias de reperfusão do AVCi agudo diminui progressivamente com o tempo, e, quanto antes elas forem instituídas, maior a chance de recuperação funcional do paciente. Tendo isso em mente, a ASA recomenda que a avaliação do paciente com suspeita de AVC respeite metas de tempo preestabelecidas (Tabela 15).

Tabela 15 - Principais metas de tempo sugeridas para a abordagem inicial do acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo

Meta	Tempo
Da admissão ao primeiro atendimento médico	=< 10 min
Da admissão ao exame de imagem	=<20 min
Da admissão à interpretação do exame de imagem	=< 45 min
Da admissão à administração da trombólise endovenosa	= < 60 min
Da admissão hospitalar até a admissão na unidade de AVC	=<3 h



4.8.4. Suspeita clínica e diagnósticos diferenciais

A suspeita de AVCi deve ser levantada quando da ocorrência de qualquer déficit neurológico de início súbito. O quadro clínico é muito variável e depende fundamentalmente da região do encéfalo acometida. É importante enfatizar que nas fases iniciais do AVCi a tomografia computadorizada de crânio pode não evidenciar sinais de isquemia. A figura 61 descreve as apresentações clínicas mais comumente encontradas no AVCi, de acordo com as principais artérias encefálicas comprometidas. Deve-se lembrar que quadros clínicos menos típicos podem ocorrer em situações mais raras, como no comprometimento bilateral dessas artérias ou de múltiplos territórios cerebrovasculares concomitantes.

Figura 61 - Quadro clínico do acidente vascular cerebral isquêmico de acordo com o território cerebrovascular comprometido

Território cerebrovascular	Principais déficits neurológicos que podem ser encontrados
Artéria cerebral média direita	Hemiparesia esquerda, paralisia facial central esquerda, hemi-hipostesia esquerda, hemicnegligência esquerda
Artéria cerebral média esquerda	Hemiparesia direita, paralisia facial central direita, hemi-hipostesia direita, afasia
Artéria cerebral anterior	Paresia e/ou hipostesia de membro inferior contralateral, rebaixamento do nível de consciência (especialmente se bilateral), incontinência urinária
Artéria cerebral posterior	Hemianopsia homônima contralateral, hemi-hipostesia contralateral
Artéria carótida interna	Mesmos déficits encontrados para a artéria cerebral média e artéria cerebral anterior, amaurose do olho ipsilateral
Artérias do sistema vertebrobasilar	Vertigem, alteração de nervos cranianos (com exceção do nervo óptico e do nervo olfatório), hemiparesia e/ou hemi-hipostesia contralateral, paralisia facial central contralateral, ataxia cerebelar

Apesar de a instalação súbita de um déficit neurológico, compatível com o comprometimento de um território cerebrovascular, ser fortemente sugestiva da hipótese de um AVC, nem sempre o diagnóstico é simples. A eventual indisponibilidade de dados quanto ao início e evolução dos sintomas, a ocorrência de rebaixamento do nível de consciência que comprometa o exame físico e a presença de déficits sutis podem representar um desafio para o diagnóstico de AVC na prática clínica do dia a dia. De fato, 20 a 25% das suspeitas clínicas iniciais de AVC não se confirmam após a investigação. A figura 62 resume os principais diagnósticos diferenciais para a suspeita de AVC.

Figura 62 - Principais diagnósticos diferenciais ao acidente vascular cerebral

Diagnóstico diferencial	Características sugestivas
Síncope	Rebaixamento de nível de consciência, sem déficits focais
Crise epiléptica	Sintomas positivos (abalos musculares, automatismos, formigamento, fотopsias etc.), antecedente de epilepsia
Hipoglicemia	Rebaixamento de nível de consciência, glicemia capilar baixa, antecedente de <i>diabetes mellitus</i>
Aura de enxaqueca	Sintomas transitórios e seguidos ou concomitantes a cefaleia migranosa
Encefalopatia de Wernicke	Antecedente de etilismo e/ou desnutrição, confusão mental, ataxia cerebelar, oftalmoplegia
Hemorragia subdural crônica agudizada	Antecedente de quedas frequentes, déficit neurológico progressivo com piora súbita
Tumor cerebral	Antecedente de neoplasia, déficit neurológico progressivo com ou sem piora súbita
Transtorno conversivo	Ausência de déficits neurológicos objetivos, achados inconsistentes ao exame físico

O que fazer se há dúvida quanto ao diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi)

Como já exposto, nem sempre o diagnóstico do AVCi é evidente e dúvidas podem surgir no dia a dia do atendimento do paciente em um pronto-socorro. Por um lado, o diagnóstico errôneo de AVCi pode levar a indicação inadequada de trombólise endovenosa e teoricamente submeter o paciente a riscos desnecessários inerentes a essa intervenção, como angioedema orolingual e sangramentos. Por outro lado, ao deixar de realizar a trombólise endovenosa em pacientes com AVCi, priva-se o indivíduo do importante benefício dessa intervenção para o seu prognóstico funcional.

É fundamental enfatizar, no entanto, que estudos demonstraram que a realização da trombólise endovenosa em pacientes nos quais a suspeita clínica de AVCi não se confirmou apresenta riscos de complicações muito baixos, desde que não haja contra-indicações a essa intervenção. Em outras palavras, a trombólise endovenosa em pacientes em que há dúvida diagnóstica de AVCi é segura, desde que não haja contra-indicações a ela.

Avaliação clínica inicial

Um ponto fundamental inicial do atendimento do paciente com suspeita de AVC é a coleta de informações. Ela deve ser dirigida e objetiva, sem deixar de obter os dados que serão mais importantes para a tomada de decisões.

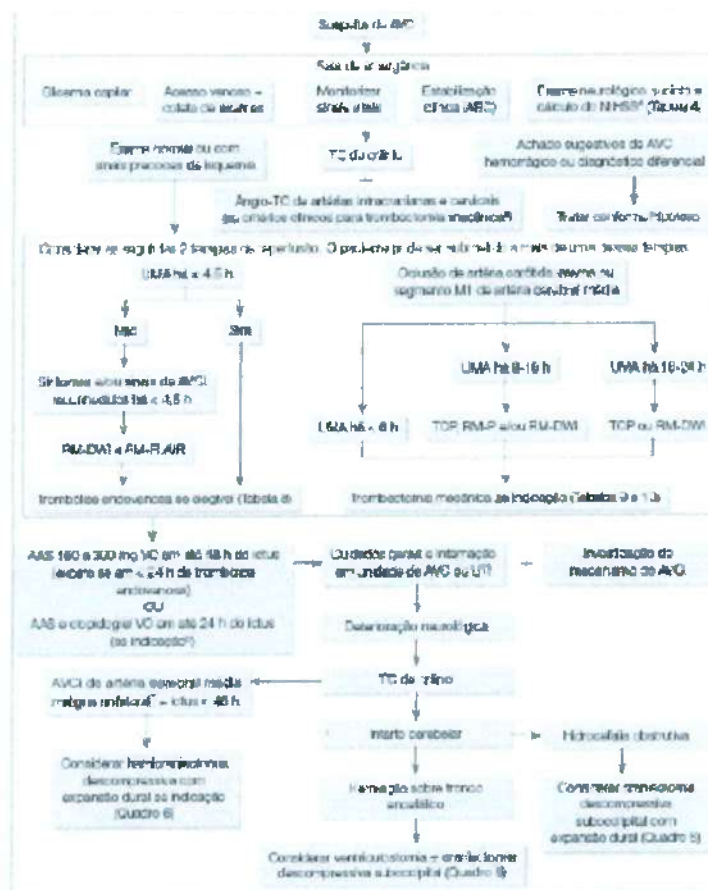
Dessa forma, é sempre importante realizar a anamnese do paciente na presença de familiares e acompanhantes que preferencialmente tenham presenciado o ictus. Na abordagem inicial do paciente, os três pontos principais a serem questionados são:

- Quando foi o último momento em que o paciente estava assintomático. Caso tenham se transcorrido mais de 4,5 h desde o último momento assintomático, deve-se precisar também o momento em que o déficit neurológico foi percebido pelo paciente, ou reconhecido por outros (caso o paciente não seja capaz de prover essa informação). Deve-se enfatizar que a decisão por indicar ou não terapias agudas de reperfusão encefálica depende dessas informações, que devem ser as mais precisas possíveis. Nesse sentido, nos casos em que o paciente desperta pela manhã com déficits (wake-up stroke), é importante não apenas questionar quando ele adormeceu, mas também se ele teve despertares durante a noite, nos quais ainda estava assintomático, e quando esses despertares ocorreram.
- Obter dados sobre antecedentes mórbidos e medicações em uso. Se o paciente fizer uso de anticoagulantes, questionar quando ele fez uso da última dose.
- Avaliar a presença de contraindicações para trombólise endovenosa (TEV).

Enquanto os dados supracitados são colhidos, um exame físico direcionado deve ser realizado, incluindo principalmente:

- Monitorização de sinais vitais e coleta da glicemia capilar.
- Aferição da pressão arterial (PA) em quatro membros. A assimetria significativa da PA entre membros superiores, ou entre membros superiores e inferiores, pode sugerir dissecação aórtica.
- Realizar exame neurológico sucinto e calcular o National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), (CR I; NE B-NR).

Figura 63 - Atendimento Inicial ao paciente com suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico



Se, durante a avaliação, for observada escala de coma de Glasgow ≤ 8 ou risco de aspiração significativo (p.ex., por disfagia), deve-se considerar a intubação orotraqueal (CR I; NE C). Ademais, a saturação de oxigênio deve ser mantida $> 94\%$ (CR I; NE C-LD). Porém, não há benefício em suplementar oxigênio se a saturação de oxigênio em ar ambiente for $\geq 95\%$ (CR III; NE B-R).

A estratégia de controle de pressão arterial (PA) depende do contexto clínico do paciente. Caso o paciente tenha indicação de trombólise endovenosa (Tabela 6), recomenda-se manter a PA $< 185 \times 110$ mmHg até a infusão do trombolítico (CR IIa, NE B-NR), e mantê-la $\leq 180 \times 105$ mmHg durante e por até 24 h após a sua infusão (CR I; NE B-R). Também, entre pacientes com indicação de trombectomia mecânica (Tabelas 8 e 9), recomenda-se manter a PA $< 185 \times 110$ mmHg (CR IIa; NE B-NR) até o procedimento e $\leq 180 \times 105$ mmHg por até 24 h (CR IIa; NE B-NR) após a sua realização. As medicações endovenosas e doses recomendadas para controle de PA no contexto de AVC com indicação de terapia aguda de reperfusão encefálica são apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 - Medicações recomendadas para controle de hipertensão arterial no acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) agudo (CR IIb; NE C-EO)

Medicação	Dose
Labetalol	Se PAS < 230 mmHg e PAD < 120 mmHg: 10-20 mg EV ao longo de 1-2 min, até 2 vezes
	Se PAS ≥ 230 mmHg e/ou PAD ≥ 120 mmHg: 10 mg EV ao longo de 1 a 2 min, seguido de infusão contínua de 2-8 mg/min
Nicardipina	Iniciar a 5 mg/h e aumentar em 2,5 mg/h a cada 5-15 min, até atingir alvo pressórico. A dose máxima é de 15 mg/h

Por outro lado, caso não haja indicação de trombólise e/ou trombectomia mecânica, não é necessário controle pressórico agressivo, desde que não haja condição comórbida que assim o demande (p. ex., dissecação aguda de aorta, eclâmpsia/pré-eclâmpsia, infarto agudo do miocárdio). Reduções muito agressivas da PA nessas circunstâncias, em teoria, podem comprometer ainda mais a área de penumbra isquêmica e a recuperação a longo prazo do paciente. Por essa razão, nesse contexto,

apenas se a PA for $\geq 220 \times 110$ mmHg, é razoável a redução dos níveis pressóricos iniciais em 15% durante as primeiras 24 h do ictus (CR IIb; NE C-Eo).

Por outro lado, a hipotensão não é um achado frequente no paciente com AVCi. Sempre quando presente, deve-se investigar ativamente a presença de situações comórbidas potencialmente graves que a justifiquem, como sepse, infarto agudo do miocárdio, dissecação da aorta, entre outros. Além do mais, a hipotensão e a hipovolemia devem ser corrigidas de modo a manter a perfusão sistêmica necessária à função dos órgãos (CR I, NE C-Eo). Como já mencionado, a hipotensão excessiva pode favorecer o estabelecimento do infarto definitivo na área de penumbra e comprometer o prognóstico funcional do paciente.

Outros cuidados importantes na avaliação inicial do paciente incluem: corrigir hipoglicemia em caso de glicemia capilar < 60 mg/dL (CR I; NE C-LD) e obter ao menos um acesso venoso periférico adequado (que será fundamental para infusão de contraste radiológico, trombolíticos e drogas vasoativas, caso se façam necessários).

Devido ao risco teórico de indução de hipertensão intracraniana e disfunção plaquetária, o nitroprussiato de sódio deve ser considerado como medicação de 2ª linha e utilizado mediante indisponibilidade ou refratariedade a labetalol, nicardipina e clevidipina. Ele pode ser utilizado como 1ª linha caso PAD > 140 mmHg.

Outras medicações podem ser consideradas em pacientes com condições comórbidas que requeiram redução agressiva de pressão arterial (p. ex., síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca aguda, dissecação aórtica ou pré-eclâmpsia/eclâmpsia).

Exames laboratoriais iniciais

Apesar de os exames laboratoriais serem relevantes na investigação do mecanismo do AVCi e na escolha pela melhor estratégia de profilaxia secundária, são poucos aqueles que efetivamente levam a mudanças de conduta na fase aguda. Dessa maneira, a coleta desses e o aguardo pelo seu resultado não devem atrasar a infusão de



trombolítico, caso haja indicação. De fato, os únicos exames que devem preceder a TEV são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Exames complementares que devem ser considerados antes da infusão de trombolíticos no paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo

Exame	Indicação
Glicemia capilar	Todos os casos (NE I; CR B-NR)
Tempo de protrombina	Uso de varfarina ou novos anticoagulantes orais nas últimas 48 h
Tempo de tromboplastina parcial ativada	Uso de heparina não fracionada ou novos anticoagulantes orais nas últimas 48 h
Atividade de fator Xa direta, tempo de trombina, tempo de coagulação de ecarina e plaquetas	Uso de novos anticoagulantes orais nas últimas 48 h

Outros exames importantes que devem ser realizados o quanto antes, mas que não devem atrasar a infusão de trombolíticos, são: troponina (CR I; NE C-LD), eletrocardiograma (CR I; NE B-NR), hemograma, ureia e creatinina, eletrólitos e radiografia simples de tórax (CR IIb, NE B-NR).

Exame de imagem do encéfalo

O exame de imagem do encéfalo é recomendado em toda suspeita de AVCi agudo (CR I; NE A) e tem como objetivos: excluir diagnósticos diferenciais (em particular o AVC hemorrágico); identificar complicações do AVCi; e em casos selecionados, identificar os pacientes que poderiam se beneficiar de trombectomia mecânica e/ou craniectomia descompressiva. Ele deve ser realizado obrigatoriamente antes de a TEV ou a trombectomia mecânica serem consideradas.

Tomografia computadorizada de crânio

A tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste em geral é suficiente para a exclusão dos diagnósticos diferenciais principais, incluindo a hemorragia

intracraniana (CR I, NE A) e identificação de complicações. Ademais, a grande disponibilidade, o menor custo e a agilidade desse exame o tornam uma opção interessante em detrimento de outras modalidades de neuroimagem. No entanto, é importante lembrar que no AVCi agudo a TC pode ser normal ou evidenciar apenas sinais discretos de isquemia encefálica (p. ex., a perda de diferenciação da atenuação entre as substâncias branca e cinzenta, edema cortical leve, hipoatenuação discreta no local do infarto). Outro sinal que pode estar presente na fase aguda do AVCi é o da artéria cerebral média hiperdensa. Esse sinal é caracterizado pela hiperatenuação da artéria cerebral média ipsilateral ao suposto infarto cerebral e sugere a presença de um coágulo nesse vaso. Trata-se de um sinal com alta especificidade, porém de baixa sensibilidade para o diagnóstico de AVCi.

Ressonância magnética de encéfalo

A ressonância magnética (RM) de encéfalo é significativamente mais sensível que a TC de crânio para identificação da isquemia encefálica aguda. A sequência de difusão (DWI) da RM altera-se em apenas poucos minutos do ictus, e permite identificar a isquemia encefálica com ictus há < 6 horas com sensibilidade de 91 a 97%. Em comparação, a TC de crânio nesse contexto tem sensibilidade de apenas 42 a 73%. A RM de encéfalo também permite avaliar com maior detalhe sinais de complicações relacionados a isquemia encefálica, bem como diagnósticos diferenciais. Inclusive, o uso de sequências de suscetibilidade magnética (p. ex., GRE, T2*) torna o exame eficaz para excluir sangramentos intracranianos (CR I, NE A).

Por outro lado, a RM é um exame mais caro, exige maior colaboração do paciente, e é menos disponível no contexto dos prontos-socorros. O exame também requer mais tempo do que a TC para ser realizado. Para agilizar o exame, recomenda-se a realização de protocolos reduzidos, mas que devem incluir as seguintes quatro sequências: T2, difusão (DWI), fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) e uma sequência de suscetibilidade magnética (p. ex., GRE, T2*). Com esses protocolos, o exame requer cerca de 15 minutos para ser concluído.

A RM de encéfalo em geral representa uma alternativa à TC de crânio. No entanto, em certas circunstâncias ela é obrigatória. A primeira dessas circunstâncias é a seleção do paciente para a trombólise endovenosa, quando o último momento em que ele estava sabidamente assintomático ocorreu há mais de 4,5 horas e o reconhecimento do déficit ocorreu há menos de 4,5 horas. Nesse caso, a RM é necessária para a identificação do mismatch DWI positivo e FLAIR negativo (CR IIa, NE B-R), que indica benefício da intervenção.

A segunda circunstância é a seleção, pelos critérios do estudo DAWN (Tabela 10A), de pacientes com AVCi por oclusão da artéria carótida interna ou do segmento M1 da artéria cerebral média para trombectomia mecânica, quando o último momento em que eles estavam sabidamente assintomáticos ocorreu nas últimas 6 a 24 horas. Por outro lado, caso o último momento assintomático tenha ocorrido nas últimas 6 a 16 horas, e sejam utilizados os critérios do estudo DEFUSE-3 (Tabela 10B), a RM pode ser substituída pela TC de crânio com sequência de perfusão. Essas modalidades de neuroimagem são necessárias para analisar-se os volumes de isquemia e de penumbra, os quais são parâmetros importantes para indicação de trombectomia mecânica (CR I; NE A).

Ressonância magnética de encéfalo

A ressonância magnética (RM) de encéfalo é significativamente mais sensível que a TC de crânio para identificação da isquemia encefálica aguda. A sequência de difusão (DWI) da RM altera-se em apenas poucos minutos do ictus, e permite identificar a isquemia encefálica com ictus há < 6 horas com sensibilidade de 91 a 97%. Em comparação, a TC de crânio nesse contexto tem sensibilidade de apenas 42 a 73%. A RM de encéfalo também permite avaliar com maior detalhe sinais de complicações relacionados a isquemia encefálica, bem como diagnósticos diferenciais. Inclusive, o uso de sequências de suscetibilidade magnética (p. ex., GRE, T2*) torna o exame eficaz para excluir sangramentos intracranianos (CR I, NE A).

Por outro lado, a RM é um exame mais caro, exige maior colaboração do paciente, e é menos disponível no contexto dos prontos-socorros. O exame também

requer mais tempo do que a TC para ser realizado. Para agilizar o exame, recomenda-se a realização de protocolos reduzidos, mas que devem incluir as seguintes quatro sequências: T2, difusão (DWI), fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) e uma sequência de suscetibilidade magnética (p. ex., GRE, T2*). Com esses protocolos, o exame requer cerca de 15 minutos para ser concluído.

A RM de encéfalo em geral representa uma alternativa à TC de crânio. No entanto, em certas circunstâncias ela é obrigatória. A primeira dessas circunstâncias é a seleção do paciente para a trombólise endovenosa, quando o último momento em que ele estava sabidamente assintomático ocorreu há mais de 4,5 horas e o reconhecimento do déficit ocorreu há menos de 4,5 horas. Nesse caso, a RM é necessária para a identificação do mismatch DWI positivo e FLAIR negativo (CR IIa, NE B-R), que indica benefício da intervenção.

A segunda circunstância é a seleção, pelos critérios do estudo DAWN (Tabela 10A), de pacientes com AVCi por oclusão da artéria carótida interna ou do segmento M1 da artéria cerebral média para trombectomia mecânica, quando o último momento em que eles estavam sabidamente assintomáticos ocorreu nas últimas 6 a 24 horas. Por outro lado, caso o último momento assintomático tenha ocorrido nas últimas 6 a 16 horas, e sejam utilizados os critérios do estudo DEFUSE-3 (Tabela 10B), a RM pode ser substituída pela TC de crânio com sequência de perfusão. Essas modalidades de neuroimagem são necessárias para analisar-se os volumes de isquemia e de penumbra, os quais são parâmetros importantes para indicação de trombectomia mecânica (CR I; NE A).

Estudos não invasivos de artérias cervicais e intracranianas

A ângio-TC ou ângio-RM de artérias intracranianas (CR I; NE A) e cervicais (CR IIb; NE C-EO) devem ser realizadas para os pacientes potencialmente elegíveis para trombectomia mecânica, ou seja, que preencham os seguintes critérios:

- Se ictus ≤ 6 h: NIHSS ≥ 6 e ASPECTS ≥ 6 .
- Se ictus entre 6 h e 16 h: preencher os critérios de inclusão do estudo DAWN (e/ou DEFUSE 3).

- Se ictus entre 16h e 24 h: preencher os critérios de inclusão do estudo DAWN.

É importante enfatizar que a realização desse exame NÃO deve atrasar a administração de TEV, caso haja indicação. Esse exame pode ser realizado durante a infusão da alteplase, caso seja viável. Outra consideração relevante é que, nas circunstâncias supracitadas, pode ser razoável realizar a injeção de contraste iodado para ângio-TC antes do resultado da creatinina sérica, desde que o paciente não tenha antecedente de nefropatia (CR IIa; NE B-NR).

4.8.5. Terapias de repercussão cerebral

Trombólise endovenosa (TEV) com alteplase

A TEV deve ser considerada para todo paciente com AVCi cujo último tempo em que estava assintomático foi há menos de 4,5 h (Tabela 18). Ademais, em situações em que o momento exato do ictus é desconhecido, mas o déficit foi reconhecido há menos de 4,5 h, a TEV também deve ser considerada para certos pacientes (Quadro 1). Essa intervenção resulta em melhora do prognóstico funcional dos pacientes em 3 a 6 meses.

A eficácia da terapia é eminentemente tempo-dependente e ela deve ser iniciada o quanto antes (CR I; NE A). De fato, uma metanálise de 2014 demonstrou que o número necessário para tratar (NNT) da TEV com alteplase é de 10, quando administrada nas primeiras 3 h, e de 20, quando administrada entre 3 e 4,5 h. Portanto, é importante evitar atrasos no início da TEV para a realização de exames complementares desnecessários. Também não é recomendado postergar a TEV para avaliar se o paciente irá melhorar espontaneamente dos déficits (CR III, NE B-NR), mesmo quando ele já tenha tido melhora parcial deles desde o ictus.

A TEV é uma intervenção amplamente recomendada e segura. No entanto, como qualquer outra intervenção, ela apresenta riscos, incluindo o de hemorragia intracraniana sintomática e o de angioedema orolingual. Dessa forma, antes de administrar a TEV, recomenda-se informar o paciente e/ou seu responsável legal sobre

os riscos e benefícios potenciais da terapia, bem como obter termo de consentimento por escrito desses para a infusão do trombolítico.

As indicações e contraindicações da TEV com alteplase são apresentadas na Tabela 18. As recomendações e os cuidados quanto à administração de TEV são descritos no Quadro 2.

Em relação à última edição, as diretrizes da ASA para manejo inicial do AVCi de 2019 sofreram duas principais mudanças quanto à seleção de pacientes para a TEV:

1. Inclusão de indicação para pacientes com mais de 4,5 h do último momento sabidamente assintomático mediante presença de dissociação DWI-FLAIR (discutido no Quadro 1).
2. A presença de NIHSS ≤ 5 com déficits não incapacitantes foi considerada contraindicação absoluta.

Análises de subgrupos de estudos prévios, como o International Stroke Trial 3 (IST-3), o NINDS rt-PA Trial e o Safe Implementation of Treatments in Stroke - International Stroke Thrombolysis Registry (SITS-ISTR) obtiveram resultados inconsistentes quanto ao benefício da TEV para pacientes com déficits leves. Porém, os resultados recentemente publicados do ensaio clínico randomizado PRISMS, que incluiu pacientes com NIHSS ≤ 5 e déficits não incapacitantes, não evidenciaram benefício da TEV em até 3 h do último momento assintomático quando comparada a AAS 325 mg em termos de funcionalidade em 90 dias. Ademais, nesse estudo, o risco de hemorragia intracraniana sintomática foi estatisticamente maior entre aqueles que receberam TEV. Esses resultados levaram as novas diretrizes da ASA a contraindicarem a TEV nesse grupo de pacientes (CR III: sem benefício; NE B-R). É importante enfatizar que as diretrizes mantêm a indicação da TEV para pacientes com NIHSS ≤ 5 e déficits incapacitantes (CR I; NE B-R).

Tabela 18 - Critérios de indicações e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase

Critérios de indicação

- ≥ 18 anos
- < 3 h desde última vez em que estava assintomático (CR I, NE A)
OU
- Entre 3 e 4,5 h desde última vez em que estava assintomático (CR I, NE B-R)
OU
- 4,5 h do último momento em que estava assintomático, desde que sejam preenchidos todos os seguintes critérios (CR IIa, NE B-R):
 1. O déficit/sintoma do AVCi foi reconhecido há menos de 4,5 h
 2. Presença de hipersinal em sequência DWI da RM de encéfalo com extensão menor que um terço do território da ACM
 3. Ausência

Critérios de contraindicação absoluta

- NIHSS ≤ 5 com déficit neurológico não incapacitante A
- Sinais de hemorragia intracraniana na TC de crânio/ RM de encéfalo AVC isquêmico em últimos 3 meses
- Cirurgia intracraniana ou intraespinal em últimos 3 meses
- Suspeita clínica e/ou radiológica de hemorragia subaracnóidea
- Plaquetas $< 100.000/mm^3$, INR $> 1,7$, TTPa > 40 s ou TP > 15 s
- Uso concomitante de abciximab e/ou de aspirina EVC
- Áreas extensas de clara hipotenuação do parênquima encefálico em TC de crânio
- Traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses
- Traumatismo cranioencefálico grave agudo B
- Antecedente pessoal de sangramento intracraniano
- Neoplasia gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nos últimos 21 dias
- Recebeu dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 h
- Uso de inibidores diretos de trombina ou de fator Xa em ≤ 48 h (assumindo que a função renal seja normal),
- EXCETO SE todas as provas de coagulação

Critérios de contraindicação absoluta

- Suspeita de dissecação de aorta
- Pressão arterial $\geq 185 \times 110$ mmHg (pode ser reduzida com medicação, deixando de ser contraindicação)
- Neoplasia intracraniana intra-axial (p. ex., glioblastoma multiforme)

Situações que merecem consideração de risco e benefício

- Situações especiais entre 3 e 4,5 h: > 80 anos, antecedente de AVC prévio e diabetes mellitus, déficits neurológicos leves (NIHSS ≤ 5), porém incapacitantes A
- Situações especiais entre 3 e 4,5 h: NIHSS > 25
- Funcionalidade prévia comprometida (escore de Rankin modificado ≥ 2)
- Demência prévia
- Melhora precoce
- Benefício provável e segurança estabelecida para > 80 anos (CR IIa; NE B-NR) e benefício provável para demais situações (CR IIb; NE B-NR)
- Benefício desconhecido (CR IIb; NE C-LD)
- Não aumenta risco de transformação hemorrágica sintomática. Porém, benefício pode ser menor e risco de mortalidade maior. Levar em consideração qualidade de vida do paciente, suporte social, necessidade de cuidador, local de residência, preferências de paciente e familiares e objetivos de cuidados (CR IIb; NE B-NR)
- Podem se beneficiar de TEV. Considerar expectativa de vida e funcionalidade prévia para determinar se TEV pode oferecer benefício clinicamente significativo (CR IIb; NE B-NR)

Quadro 1 - Trombólise endovenosa (TEV) após 4,5 h do último momento assintomático

Em cerca de 14 a 27% dos casos de pacientes com AVC isquêmico, o exato momento do ictus é desconhecido. Isso frequentemente ocorre quando o paciente adormece assintomático e desperta com o déficit, ou ainda quando ele estava sozinho e é encontrado com os sintomas e incapaz de comunicar-se. Não é incomum nessas situações que o último horário em que o indivíduo sabidamente estava assintomático tenha ocorrido há mais de 4,5 h. Dessa forma, até recentemente, muitos desses pacientes perdiam a oportunidade de receber TEV, apesar de o momento desconhecido de seu ictus poder ter ocorrido há menos de 4,5 h. No entanto, os estudos MR WITNESS e o WAKE UP, cujos resultados foram publicados em 2018, mudaram esse panorama. Eles levaram em consideração o fato de que enquanto o hipersinal na sequência de difusão (DWI) da RM de encéfalo surge em poucos minutos após o ictus, o hipersinal na sequência FLAIR pode levar algumas horas para ocorrer. Dessa forma, pacientes nos quais o exato momento do ictus é desconhecido, mas que apresentam hipersinal na DWI, sem aumento do sinal do FLAIR na mesma região, têm maior probabilidade de ainda estar na janela para receber a TEV. A segurança do uso desse parâmetro radiológico, chamado de mismatch DWI-FLAIR, para seleção de pacientes para a TEV foi comprovada pelo MR WITNESS. E o WAKE UP demonstrou que, quando comparado ao placebo, a infusão de trombolítico nesse grupo de pacientes com mismatch DWI-FLAIR resulta em maior probabilidade de melhor prognóstico funcional em 90 dias ($p = 0,003$). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à taxa de sangramento intracraniano entre os dois grupos.

Esses resultados levaram à inclusão da indicação de TEV, dentro das condições avaliadas por esses estudos, na mais recente versão das diretrizes para manejo inicial do AVCi agudo da American Stroke Association (ASA). Os critérios de indicação recomendados são:

- Último momento em que o paciente estava sabidamente assintomático ocorreu há $> 4,5$ h.
- Déficit/sintoma atribuído ao AVCi reconhecido há $< 4,5$ h.

- Presença de lesão com hipersinal em sequência DWI da RM de encéfalo e com extensão menor que um terço do território da artéria cerebral média.
- Ausência de alteração de sinal visível em sequência FLAIR da RM de encéfalo em território do AVCi agudo.
- Ausência de contraindicações a TEV (Tabela 8).

É importante ressaltar que nos estudos supracitados foram excluídos pacientes com NIHSS > 25 e no estudo WAKE UP também foram excluídos aqueles com plano de realização de trombectomia mecânica.

Quadro 2 - Administração de alteplase

- Dose e administração: 0,9 mg/kg (no máximo de 90 mg). Administrar 10% de dose em bolus de 1 min, e restante da dose ao longo de 60 min
- Controle de PA: manter PA < 180 × 105 mmHg por 24 h. Aferir PA a cada 15 min por 2 h, depois a cada 30 min por 6 h, e então a cada 1 h até o fim das primeiras 24 h. Caso seja aferida PA sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 105 mmHg, administrar ou ajustar doses de medicações antihipertensivas endovenosas (Tabela 5) e aumentar frequência de aferições de PA.
- Sinais de alarme para transformação hemorrágica: náuseas, vômitos, hipertensão aguda e/ou refratária, cefaleia intensa, deterioração neurológica. Nesses casos, recomenda-se interromper a infusão de alteplase e realizar TC de crânio de emergência Cuidados em primeiras 24 h: transferir paciente para UTI ou unidade de AVC. Evitar passar sonda nasoenteral, sonda vesical de demora ou cateter intra-arterial, se possível. Evitar início de anticoagulantes e antiplaquetários, a menos que haja condições concomitantes em que se considere que o risco da não introdução dessas medicações supere o risco de transformação hemorrágica da área isquêmica cerebral (p. ex., tromboembolismo pulmonar grave). Realizar TC de crânio ou RM de encéfalo



Ainda assim, esse tópico permanece motivo de debate entre especialistas. O primeiro ponto de discussão é quanto à definição de déficit incapacitante. Certas circunstâncias são amplamente aceitas como incapacitantes, apesar de frequentemente apresentarem escores baixos no NIHSS: afasia isolada; distúrbios significativos de marcha e/ou equilíbrio; hemianopsia isolada; e fraqueza significativa de membro, na qual o paciente é incapaz de vencer a gravidade. No entanto, há situações menos objetivas, e que devem ser consideradas caso a caso. Por exemplo, uma fraqueza leve ou ataxia discreta de membro superior poderia ser considerada um déficit insignificante para muitos pacientes, porém para alguém que trabalha com profissões que exijam coordenação motora fina e destreza (p. ex., músicos, costureiros), pode ser considerada incapacitante. Mesmo uma disartria leve isolada pode comprometer significativamente a performance profissional de um cantor ou um professor. Outra questão debatida é que pacientes que se apresentam inicialmente com déficits pequenos podem progredir para sequelas neurológicas graves nos primeiros dias após o ictus. Em um estudo observacional publicado em 2012, 29% dos pacientes que apresentaram NIHSS ≤ 5 inicial e não receberam TEV evoluíram com incapacidade significativa em 90 dias. Por fim, o próprio estudo PRISMS supracitado, que levou à mudança das diretrizes, apresenta limitações metodológicas importantes. Ele foi interrompido por questões de financiamento após apenas cerca de um terço do tamanho de amostra inicialmente proposto ter sido atingido, e ambos os braços do estudo tiveram perdas de cerca de 10% de seguimento na avaliação de 90 dias.

Quanto à seleção da medicação para TEV, estudos recentes têm sugerido que a tenecteplase pode ser uma alternativa à alteplase em certas situações. Em ensaio clínico randomizado de fase III de 2017, a tenecteplase demonstrou ser segura e ter eficácia semelhante à da alteplase. Esse estudo foi conduzido em uma população com predomínio de pacientes com déficits pequenos (NIHSS médio de 4) e sem oclusões de grandes artérias intracranianas. Por outro lado, um ensaio clínico publicado em 2018 comparou o uso de tenecteplase ao de alteplase em pacientes com oclusões de artéria carótida interna, de artéria cerebral média ou de artéria basilar, e indicação de trombectomia mecânica.

O desfecho primário do estudo foi a reperfusão de mais de 50% do território cerebrovascular envolvido ou a ausência de trombo retirável quando da angiografia inicial. Esse estudo demonstrou maior incidência de reperfusão e melhor prognóstico funcional para os indivíduos tratados com tenecteplase em até 4,5 h do ictus. Dessa forma, as diretrizes atuais da ASA propõem que a tenecteplase pode ser considerada como alternativa à alteplase nas seguintes circunstâncias: 1. em pacientes sem contraindicações à TEV e que também são elegíveis para trombectomia mecânica, na dose de 0,25 mg/kg (no máximo de 25 mg) endovenosa em bolus único (CR IIb; NE B-R); 2. em pacientes com déficit neurológico pequeno e sem oclusão de grandes artérias intracranianas, na dose de 0,4 mg/kg (o principal estudo que levou à inclusão dessa indicação utilizou dose máxima de 40 mg) endovenosa em bolus único (CR IIb; NE B-R).

Apesar de atualmente não haver recomendações formais da ASA para o uso da tenecteplase além das situações supracitadas, é possível que essas indicações tornem-se mais abrangentes no futuro.

Tratamento das complicações da infusão de alteplase

A complicação mais importante da infusão de alteplase é a transformação hemorrágica sintomática. Ela ocorre em 5 a 6% das pacientes e os seus fatores de risco são: NIHSS elevado, uso prévio de antiagregante ou anticoagulante, presença de microsangramentos em RM de encéfalo. A suspeita clínica é levantada se o paciente desenvolver hipertensão aguda e/ou refratária, náuseas, vômitos, cefaleia intensa ou deterioração neurológica durante ou após a infusão do trombolítico.

Outra complicação é o angioedema orolingual. Ele ocorre em 1,3 a 5,1% dos pacientes. Os fatores de risco são: uso de inibidor da conversão de angiotensina e infartos em córtex frontal e ínsula. A suspeita clínica se dá quando há edema de língua, lábios ou orofaringe, em geral contralateral à isquemia cerebral.

Trombectomia mecânica

A trombectomia mecânica (TM) é uma estratégia de reperfusão cerebral incluída nas recomendações de tratamento do AVCi agudo de forma relativamente recente. Em essência, essa estratégia consiste na retirada do trombo agudo de grandes artérias que participam da vascularização cerebral, por meio de dispositivos específicos, denominados stent retrievers.

4.9. Comissões obrigatórias

4.9.1. Comissão de Revisão de Prontuários

4.9.1.1. Proposta e regimento interno

DEFINIÇÃO

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários - CARP é fundamental para garantir a qualidade e a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes atendidos na unidade. A Comissão também propicia a identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas estas que podem acarretar sérios problemas jurídicos, inexatidão de dados epidemiológicos, falhas de faturamento e na prestação de contas da organização social, tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento ou internação.

O prontuário do paciente - ficha clínica ou boletim de emergência é o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Assim, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas da unidade.



A Comissão está prevista pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução CFM nº 1638/2002 e será implantada na unidade , conforme as regras definidas no Regimento Interno.

OBJETIVOS

A comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

A atuação da CARP é de extrema importância para unidade, pois organiza e conserva o prontuário do paciente e deverá apresentar os seguintes resultados:

- Facilitar o manuseio do prontuário físico enquanto não for implantado o prontuário eletrônico
- Garantir a integridade dos documentos físicos ou eletrônicos
- Garantir a legibilidade nas informações
- Promover a colaboração na pesquisa científica e na busca de informações sobre a terapêutica do paciente
- Facilitar o processo de faturamento para os faturistas
- Padronizar a metodologia institucional da unidade
- Favorecer o conhecimento de todos os impressos que devem conter no prontuário e identifica a ausência deles
- Colaborar no seguimento da terapêutica que os profissionais utilizam a cada dia, ou seja, a organização do prontuário, segmentando-o naquilo que foi destinado ao paciente, como o diagnóstico médico, evolução, prescrição médica e de enfermagem
- Contribuir para a permanência e continuidade do prontuário completo até o fim do internamento

ATRIBUIÇÕES

São atribuições da CARP:

- Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários
- Analisar e revisar o preenchimento e ordenamento dos formulários e impressos que compõe o prontuário, como relatórios de alta e óbito, evoluções médicas e de enfermagem, prescrições médicas; transferências entre blocos e outras unidades hospitalares, diagnóstico e a terapêutica utilizada, e a identificação de novos procedimentos realizados no paciente
- Identificar novas Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs, caso seja necessário
- Analisar e revisar a evolução dos pacientes internados na unidade

MINUTA DO REGIMENTO DA COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIO

I. NOME

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

II. FINALIDADE

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral da unidade.

III. COMPOSIÇÃO

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a necessidade da unidade.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Técnica da unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. MANDATO

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no mural da unidade a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser publicado no mural da unidade.

V. SEDE

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

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

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

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

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

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

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

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal conforme cronograma determinado pela Diretoria Geral e em conformidade com os dispositivos do Contrato de Gestão.

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

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

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

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

d) Tipo de Alta.

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

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

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

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

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

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

a) Convocar e presidir as reuniões.

- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir o regimento.

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia.
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
- f) Preparar a correspondência.
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- h) Solicitar ao SAME - Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CARP em conjunto com o diretor técnico da unidade.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros no mural da unidade.

4.9.1.2. 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



4.9.2. Comissão de Ética Médica

4.9.2.1. Proposta e regimento interno

Descrição da Finalidade

As Comissões de Ética Médica – CEM são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que exercem a medicina e que possuam quadro com 15 ou mais médicos. Embora não possuam competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis para levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da comissão é definido pelo número de médicos que atuam na unidade.

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Chefe Médico, etc. No caso de um membro da

comissão assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

As diretrizes que orientam o funcionamento da CEM estão descritos no Anexo da Resolução CFM nº 1657/2002. Dessa forma, cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua comissão de acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandado, com no mínimo dois membros, um presidente e um secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas .

Atribuições Gerais

Atribuições da Comissão:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do hospital.
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias.
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição.

- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres.
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência.
- Proceder à sindicância, a pedido de interessados, médicos, delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo médico da unidade, eleito por seus pares em eleição direta, e o Regimento Interno desta Comissão seguirá o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º - As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º - As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único - Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º - As Comissões de Ética serão compostas por 01 presidente, 01 secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética.
- b) nas instituições que possuírem de 16 a 99 médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 membros efetivos e igual número de suplentes.
- c) na instituição que possuir de 100 a 299 médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 membros efetivos e igual número de suplentes
- d) na instituição que possuir de 300 a 999 médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 membros efetivos e igual número de suplentes.
- e) na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 membros efetivos e 8 suplentes
- f) nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem, em que cada uma possua de 10 médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º - Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º - O mandato das Comissões de Ética será de 30 meses.

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficializar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único - Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Art. 10 - Compete às Comissões de Ética:

- a) supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.
- b) comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes.
- c) comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão.
- d) comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados.
- e) comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.
- f) instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo.
- g) verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações.
- h) colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica.
- i) elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua.

- j) atender as convocações do Conselho Regional de Medicina.
- k) manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua
- l) fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica.
- m) atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.
- n) promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes.
- o) encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem nas instituições representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética.
- p) colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.
- q) orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 - Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) eleger o presidente e secretário.
- b) comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta.
- c) desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução.
- d) garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Art. 12 - Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a) representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina.
- b) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.
- c) convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais.
- d) solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

- e) encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica.
- f) nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.
- b) colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica.
- c) secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.
- d) lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica.
- e) manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 14 – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regimento.

Art. 15 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 dias antes da eleição.

Art. 16 – Os candidatos a comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.

Art. 17 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 - O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 - A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 24 - As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 - Os atos da comissão de ética médica, relacionados com a fiscalização ou sindicâncias, terão caráter sigiloso.

Art. 26 - Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 27 - As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28 - A sindicância será instaurada mediante:

- a) denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
- b) denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico.
- c) deliberação da própria Comissão de Ética Médica.
- d) solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação.
- e) determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 - O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 - Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 - Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo 1º: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 2º: Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 - As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo único: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem a presente regulamentação.

Art. 37 - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 - Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Art. 39 - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 40. O presente regimento entra em vigor na data de sua publicação.

4.9.2.2. 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

4.9.3. Comissão de Ética de Enfermagem

4.9.3.1. Proposta e regimento interno

DEFINIÇÃO

A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE é um órgão vinculados ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN, que sob sua delegação exercem em instituições de saúde e congêneres, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem. A comissão deve manter sua autonomia e imparcialidade, no que diz respeito aos seus atos.

A CEE tem função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do seu decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem -CEPE, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem e das demais normatizações emanadas pelo Sistema Conselho Federal/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

ATRIBUIÇÕES

A CEE atua preventivamente junto aos profissionais de Enfermagem, fomentando o exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente, do profissional e das instituições, além de ser fonte consultiva para questões que envolvam o exercício profissional de Enfermagem.

Atua ativamente no aprimoramento e atualização dos profissionais de Enfermagem, promovendo eventos que visam o estudo e a discussão das questões éticas e legais, contribuindo assim para o desenvolvimento da assistência com qualidade, excelência e livre de riscos, estimulando a consciência ética dos profissionais a elas vinculados.

A CEE, perante a prática do exercício ilegal da profissão bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dos dispositivos éticos vigentes, deve instaurar o procedimento sindicante, instruir e elaborar relatório, sem juízo de valor, com o posterior encaminhamento do relatório final, contendo o resultado das apurações do procedimento sindicante ao Enfermeiro Responsável Técnico - RT e ao COREN.

Para os casos que os membros da CEE avaliarem inexistência de infrações ético-profissionais, deve-se o encaminhamento de relatório conclusivo das apurações ao Enfermeiro Responsável Técnico para providências administrativas, se couber.

Ainda é competência da CEE manter, junto ao COREN, o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na unidade, bem como o cadastro da própria CEE.

A CEE tem a autonomia e a imparcialidade nos trabalhos que realiza. Mas cabe à CEE notificar/cientificar o enfermeiro RT quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado do apurado, através de relatórios e pareceres da CEE.

Também cabe à CEE formalizar ao COREN a sua atuação, por meio dos relatórios contendo sua atuação e os resultados obtidos, pois assim o COREN promoverá orientações e esclarecimentos aos componentes da CEE, visando o seu aperfeiçoamento técnico.

Cabe à CEE e a seus membros assegurar o sigilo, durante a apuração de fatos, e em procedimentos sindicantes, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

Não é atribuição da Comissão de Ética de Enfermagem ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição é exclusiva do COREN.

MINUTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE será regida pelo presente Regimento Interno.

Art. 2º A CEE é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem - COREN nas questões éticas dos profissionais da Enfermagem.

Art. 3º A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais da Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Art. 4º A CEE tem como finalidades: a orientação, a conscientização, o assessoramento, a emissão de pareceres e a compilação de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 5º O julgamento e a atribuição de pena são exclusivas do COREN e do COFEN.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 6º A CEE tem os seguintes objetivos:

I - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

II - Promover e/ou participar de atividades que visem à interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético-profissional.

III - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética.

IV - Assessorar e orientar a Direção/Gerência de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

V - Verificar as condições oferecidas pela instituição para o desempenho profissional da categoria.

VI – Averiguar denúncias ou fatos não éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 7º A CEE atende os profissionais da Enfermagem de todas as áreas de trabalho da instituição, no que se refere aos aspectos éticos do exercício da profissão.

Parágrafo único: A observância das normas éticas estende-se aos Atendentes de Enfermagem ou assemelhados, devidamente autorizados pelo COREN e que exerçam atividades na área de Enfermagem, embora não possam votar ou serem eleitos.

Art. 8º A CEE é constituída por Enfermeiros e Técnico de Enfermagem, em igual número, observando os seguintes critérios:

I – Ter, no mínimo, um ano de efetivo exercício profissional.

II – Ter vínculo empregatício com a unidade.

III – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.

IV – Inexistir condenação em processo ético, processo disciplinar, processo civil ou processo penal nos últimos cinco anos.

Art. 9º A CEE será constituída por, no mínimo, por um Enfermeiro e dois Técnicos em Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes.

Art. 10. É incompatível a condição de membro da Comissão de Ética com a de Direção/ Gerência do Órgão de Enfermagem.

Art. 11. O mandato dos integrantes da CEE é de três anos, sendo permitida a sua reeleição por igual período.

§1º A cada eleição poderão permanecer 50% dos membros.

§2º Os 50% dos membros que optarem por permanecer na Comissão não concorrerão às eleições.

Art. 12. O afastamento dos integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único: Independente do tipo de afastamento, a Coordenação da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN.

Art. 13. Entende-se por término de mandato, quando os integrantes da Comissão concluírem os três anos de gestão.

Art. 14. Entende-se por afastamento temporário quando o integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de quatro meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único: A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Coordenação da CEE, por escrito, com antecedência de 15 dias.

Art. 15. Entende-se por desistência a declinação de seu cargo por qualquer um dos integrantes da Comissão.

Parágrafo único: A desistência deverá ser comunicada, por escrito, à Coordenação da CEE com antecedência de 30 dias.

Art. 16. Entende-se por destituição o afastamento definitivo do integrante da CEE, que se dará por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§1º A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Ausência, não justificada, em quatro reuniões consecutivas.
- b) Não estar em pleno gozo dos seus direitos profissionais.
- c) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

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

Art. 17. A substituição dos integrantes da CEE se processará da seguinte maneira:

I - A vacância por término de mandato atenderá os critérios estabelecidos no art. 7º deste regimento.

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

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

- a) pelo próximo candidato mais votado nas últimas eleições; e se não houver,
- b) por escolha dos membros da CEE.

III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, sendo chamado o candidato mais votado do respectivo nível profissional para integrar a Comissão como suplente e concluir o mandato do desistente ou destituído.

Parágrafo único: Não havendo suplente eleito, será realizada nova eleição.

Art. 18. A CEE elegerá, entre seus membros efetivos, um(a) Coordenador(a) e um(a) Secretário(a), que terão mandato de um ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único: A Comissão poderá ser coordenada por qualquer um dos membros efetivos.

Art. 19. A CEE reunir-se-á ordinariamente, no mínimo, a cada 30 dias, podendo ocorrer reuniões extraordinárias, convocadas pelo Coordenador, ou por autoconvocação pela maioria simples dos seus integrantes, ou pelo COREN.

§1º Na ausência do Coordenador, o Secretário coordenará a reunião, sendo escolhido "ad hoc" um substituto para secretariar.

§2º Na ausência do Secretário, será escolhido "ad hoc" um substituto para secretariar.

§3º Serão lavradas atas de todas as reuniões da Comissão, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos a serem feitos.

§4º O quórum mínimo para as reuniões, verificado até 15 minutos após a hora marcada para o início, é de maioria simples dos membros efetivos ou de seus suplentes quando na condição de substituto.

§5º Na ausência de quórum, a reunião será suspensa, sendo feita nova convocação.

Art. 20. As decisões da CEE serão tomadas por maioria simples de seus membros efetivos ou de seus suplentes, quando na condição de substituto.

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

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

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

CAPÍTULO IV - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 21. A convocação da eleição será realizada pela Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem, em edital interno, no mínimo, com 30 dias antes da data da realização do pleito eleitoral.

Parágrafo único: A Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN, no mesmo dia em que for publicado na instituição, juntamente com a relação dos(as) Enfermeiros(as) e Técnicos(as) de Enfermagem com vínculo empregatício na instituição, acompanhados de seus respectivos números de inscrição no COREN.

Art. 22. A Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem designará uma Comissão Eleitoral para conduzir todos os trabalhos de divulgação, organização, realização do pleito, apuração e divulgação dos resultados.

§1º É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato.

§2º A Comissão Eleitoral elegerá um(a) Presidente e um(a) Secretário(a) entre os seus membros.

Art. 23. O material necessário para o desenvolvimento dos trabalhos eleitorais será solicitado pela Comissão Eleitoral à Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem da instituição.

Art. 24. A escolha dos membros da CEE será feita através de eleição direta e secreta, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares por voto facultativo.

Art. 25. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício com a instituição.

Art. 26. O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da instituição que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 27. Os profissionais de Enfermagem deverão candidatar-se individualmente, sem formação de chapas, inscrevendo-se junto à Comissão Eleitoral, até dez dias antes do pleito, apresentando um fiscal, se assim desejarem.

Art. 28. O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral, de comum acordo com a Direção/Gerência de Enfermagem.

Art. 29. A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitados os diferentes turnos.

Art. 30. A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, por nível profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único: Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer um novo pleito no respectivo nível profissional.

Art. 31. A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houver ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 32. Somente serão computadas as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentem dúvidas ou dupla interpretação.

Art. 33. Serão considerados eleitos, como membros efetivos, os candidatos que obtiverem o maior número de votos, por nível profissional, seguido de seus membros suplentes na mesma ordem decrescente.

Parágrafo único: Em caso de empate, assumirá o candidato eleito que tiver maior tempo de contrato de trabalho na instituição.

Art. 34. Os candidatos que receberam votos, mas não foram eleitos como membros efetivos ou suplentes deverão ser, também, relacionados por nível profissional na ata da eleição e constar da lista dos resultados das eleições a ser encaminhada ao COREN.

Parágrafo único: Os candidatos indicados no caput deste artigo assumirão o mandato em caso de afastamento temporário, desistência ou destituição, segundo consta no art. 16, incisos II e III.

Art. 35. Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo(a) Presidente, pelo(a) Secretário(a), pelos demais membros da Comissão Eleitoral e pelos fiscais, se houver.

Parágrafo único: O(A) Presidente da Comissão Eleitoral encaminhará os resultados das eleições com a respectiva ata à Direção/Gerência de Enfermagem imediatamente após o término da apuração.

Art. 36. A Direção/Gerência de Enfermagem proclamará os resultados das eleições, por meio de edital interno, no primeiro dia útil após o seu recebimento.

Art. 37. Os recursos relativos ao pleito somente serão recebidos pela Comissão Eleitoral se entregues, por escrito, até 48 horas após a publicação dos resultados pela Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem.

§1º O recurso será julgado pela Comissão Eleitoral no prazo máximo de cinco dias.

§2º Caso necessário, o recurso terá como segunda instância a Comissão de Ética do COREN.

Art. 38. A Direção/Gerência de Enfermagem, no prazo de 15 dias a contar da data do pleito, encaminhará ao COREN a lista nominal de todos os votados.

Parágrafo único: A listagem deverá informar:

a) o nome dos membros efetivos, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN.

b) o nome dos membros suplentes, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN.

c) o nome dos profissionais que receberam votos, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN, que não farão parte no primeiro momento da CEE, mas que poderão ser convocados em caso de afastamento temporário, vacância por desistência ou por destituição de membros empossados.

Art. 39. Somente após a homologação pelo Plenário do COREN e a nomeação por Portaria emitida pelo(a) seu(sua) Presidente, a CEE estará oficialmente autorizada para iniciar as atividades definidas neste regimento.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 40. A CEE tem as seguintes competências:

I - Divulgar os objetivos da CEE

II - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III - Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.



IV - Assessorar a Direção/Gerência de Enfermagem ou órgão equivalente da instituição nas questões éticas.

V - Orientar a equipe de Enfermagem sobre o comportamento ético-profissional e sobre as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

VI - Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas relativas ao exercício profissional da Enfermagem.

VII - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.

VIII - Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.

IX - Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.

X - Averiguar:

a) Os fatos ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem.

b) As condições oferecidas pelas instituições e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional.

c) A qualidade de atendimento dispensada à clientela pelos profissionais de Enfermagem.

XI - Comunicar, por escrito, ao COREN, as irregularidades ou infrações éticas detectadas.

XII - Encaminhar anualmente ao COREN e à Direção/Gerência de Enfermagem ou órgão equivalente, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior até 1º de março.

XIII - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN em caso de necessidade.

XIV - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento.

Art. 41. Compete ao Coordenador da CEE:

I - Convocar e presidir as reuniões.

II - Propor a pauta da reunião.

III - Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação.

IV - Representar a CEE junto ao Órgão de Enfermagem da instituição.

V - Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEE.

VI - Encaminhar as decisões da CEE, segundo a indicação.

VII - Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 1º de março de cada ano, à Direção/Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN.

VIII - Representar o COREN em eventos, segundo a solicitação.

IX - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

Art. 42. Compete ao Secretário da CEE:

I - Secretariar as reuniões da CEE, redigindo atas e documentos.

II - Providenciar a reprodução de documentos.

III - Encaminhar o expediente da CEE.

IV - Arquivar uma cópia de todos os documentos.

V - Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais.

VI - Presidir as reuniões nos impedimentos do Coordenador.

VII - Representar a CEE nos impedimentos do Coordenador.

VIII - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 43. Compete aos membros efetivos da CEE:

I - Comparecer e participar das reuniões.

II - Emitir parecer sobre as questões propostas.

III - Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEE ou por outras instituições.

IV - Representar a CEE quando solicitado pelo Coordenador.

V - Participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE.

VI - Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião.

VII - Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais.

VIII - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 44. Compete aos membros suplentes da CEE:

I - Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.

II - Participar das reuniões da CEE.

III - Participar das atividades promovidas pela CEE.

III - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 45. Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Direção/Gerência de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN.

Parágrafo único: A alteração será submetida à aprovação da Assembleia da categoria da instituição e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 46. A Direção/Gerência de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 47. Os casos omissos serão decididos pelo Plenário do COREN.

Art. 48. Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação do mural da unidade.

4.9.3.2. 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

4.9.4. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde

4.9.4.1. Proposta e regimento interno

DEFINIÇÃO

A instituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde – CCIRS na unidade tem por objetivo atender ao Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, consoante disposto na Lei nº 9.431/1997 e Portaria GM/MS nº 2616/1998.

A CCIRS possui duas macrofunções: prevenir e combater a infecção hospitalar, bem como proteger o corpo clínico da unidade. A CCIRS deve obedecer os dispostos da Instrução Normativa ANVISA nº 04/210, produzindo os 8 indicadores preconizados na instrução.

A Comissão deve manter arquivados os documentos que comprovem sua existência, as rotinas de seu funcionamento, protocolos que orientem o tratamento mais adequado ministrado ao paciente e, sobretudo, dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do hospital, para que, uma vez solicitados, possam ser comprovados.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação da CCIRS, permite ao estabelecimento a adoção de medidas de acordo com seu porte, variando de medidas complexas, para grandes unidades, a medidas com menor grau de complexidade para unidades de pequeno porte.

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde será composta por membros executores e membros consultores. Os membros executores são profissionais de nível superior que atuem na unidade, sendo 1 médico com título de especialidade em infectologia e 1 enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH. Além desses profissionais, haverá membros

consultores que são os representantes das clínicas, da enfermagem e da farmácia, sendo os mesmos indicados pelas respectivas áreas.

Observada a conveniência, oportunidade e economicidade, poderá a organização social contratar um SCIH de empresa especializada.

OBJETIVOS

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, a CCIRS tem os seguintes objetivos:

- Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção Hospitalar
- Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais
- Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares
- Padronização de Antimicrobianos
- Busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar
- Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar
- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH
- Elaborar os índices mensais de Infecção Hospitalar
- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos
- Participar da equipe de padronização de medicamentos
- Prevenção e controle das infecções hospitalares
- Controle de limpeza da caixa de água
- Controlar o uso de antibiótico
- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do SCIH
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades
- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção
- Fazer análise microbiológica da água
- Participar da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias,

definidas anualmente, buscando a qualidade, atuando em conjunto com a área de Educação Permanente

O programa elaborado pela CCIRS deve contemplar ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria GM/MS nº 2616/1998
- Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRS.
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA CCIRS

I. NOME: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADAS À SAÚDE -CCIRS

II. DEFINIÇÃO E FINALIDADE

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares -PCIH que é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecimento na Lei No. 9431, de 06 de janeiro de 1997; Portaria GM/M nº 2616, de 12 de maio de 1998, e Resolução - RDC nº 48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a CCIRS tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Geral da unidade.

III. COMPOSIÇÃO

A composição se faz com membros consultores e executores com formação universitária.

Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços :

- Serviços Médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Laboratório/ Microbiologia;
- Serviço de Administração;

Os membros executores deverão ser no mínimo dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais:

- 1 médico preferencialmente infectologista
- 1 enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o SCIH

Além dos profissionais acima, a Diretoria do Hospital deverá disponibilizar pelo menos um oficial administrativo exclusivo para a CCIRS.

O enfermeiro que será membro executor deverá obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas.

IV. MANDATO

O mandato dos membros da CCIRS deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral. A relação dos membros de cada mandato deverá ser fixada no mural da unidade, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral, e os demais cargos da Comissão serão escolhidos por seus componentes.

V. SEDE

A sede da comissão será no interior da unidade, preferencialmente em sala exclusiva, ou não sendo possível, em sala compartilhada com outras comissões.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

A reunião só acontecerá se houver quorum de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

Na ausência do presidente, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal conforme cronograma determinado pela Diretoria Geral e em conformidade com os dispositivos do Contrato de Gestão.

VII. ATRIBUIÇÕES

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

a) Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente; o programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria GM/MS nº 2616/1998 ; adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no

que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

b) Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRS;

c) Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Compete ao Núcleo Executivo da CCIRS:

a) Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;

b) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;

c) Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;

d) Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

e) Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;



f) Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;

g) Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções hospitalares no hospital e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:

- 1 - Taxa de Infecção Hospitalar;
- 2 - Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
- 3 - Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
- 4 - Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico na Unidade de Terapia Intensiva, se houver esse serviço na unidade;
- 5 - Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
- 6 - Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
- 7 - Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.

h) Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e pró-ativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.

i) Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas desses órgãos;

j) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

k) Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da unidade;

m) Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da unidade em assuntos de sua competência.

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

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

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

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

e) Fazer cumprir o regimento.

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

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

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



São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da CCIRS, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da unidade.

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

4.9.4.2. 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

4.9.5. Comissão de Revisão de Óbitos

4.9.5.1. Proposta e regimento interno

DESCRIÇÃO E FINALIDADE

A Comissão de Revisão de Óbitos - CRO é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos na unidade, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente.

Deve ser implantada obrigatoriamente na unidade devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas.

O objetivo da CRO é analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito.

ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normalizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários no tocante aos óbitos.

- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO -Serviço de Verificação de Óbitos, quando houver necessidade;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

I. NOME

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

II. FINALIDADE

Atender ao Parecer CFM nº 04/2013.

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

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Geral.

III. COMPOSIÇÃO

A composição mínima da comissão deverá ser de dois membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a necessidade da unidade.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência na unidade:

1. Anestesiologista
2. Unidade de Terapia Intensiva
3. Patologia
4. Pronto-Atendimento
5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria
6. Serviço de Cirurgia
7. Serviço de Enfermagem

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV.MANDATO

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no mural da unidade a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser publicado no mural da unidade.

V. SEDE

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

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

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

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

Na ausência do presidente, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

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

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- m) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Representar a comissão junto à Diretoria da unidade, ou indicar seu representante;
- c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- d) Fazer cumprir o regimento.

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h) Solicitar ao SAME - Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da unidade.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação no mural da unidade.

4.9.5.2. 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

4.9.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica

4.9.6.1. Proposta e regimento interno

Denominação

A Diretoria Geral, considerando:

- A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, definindo como um de seus eixos estratégicos (art.2º, I), a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica.
- A Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- O Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS.
- A Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, que Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

- A Resolução nº 619, de 27 de novembro de 2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º Resolução/CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.

- Os Padrões e Requisitos de acreditação da Joint Commission International, no capítulo Gerenciamento e Uso de Medicamentos.

- A importância da Comissão de Farmácia e Terapêutica para a promoção do uso racional de medicamentos e produtos para saúde.

Resolve instituir a Comissão de Farmácia de Terapêutica da UPA Dr. Jamil Sebba.

Minuta de regimento interno

Da natureza e finalidade

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, multiprofissional, de natureza consultiva, deliberativa e educativa, de caráter permanente e de assessoria à Diretoria Geral, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

Art. 2º A CFT é nomeada por Portaria do Diretor Geral, com a seguinte composição de membros efetivos:

- 1) Representante dos serviços médicos: 1 médico
- 2) Representantes do Setor Farmácia: 1 farmacêutico
- 3) Representante da serviço de Enfermagem: 2 membros

Art. 4º Os membros se reúnem e elegerão o presidente entre, por maioria simples de votos.

Art. 5º São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

I. Estabelecer critérios coerentes de seleção de medicamentos e demais produtos farmacêuticos, considerando os seguintes aspectos: nível de evidência das investigações científicas em seres humanos, segurança, eficácia, efetividade, custo, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e os relatórios de recomendação da CONITEC.

II. Supervisionar as políticas e práticas de utilização de medicamentos e/ou contribuir para seu desenvolvimento, com vistas à obtenção de resultados clínicos satisfatórios e menores riscos potenciais.

III. Elaborar e implementar um sistema de auditoria eficiente que possibilite avaliar de forma clara e objetiva a justificativa da necessidade de aquisição dos “Medicamentos não Padronizados” e “Padronizados de uso Restrito”.

IV. Realizar auditoria das solicitações de medicamentos e demais produtos farmacêuticos não padronizados ou padronizados de uso restrito.

V. Fornecer informações para auxiliar a Diretoria Geral na avaliação de custo-efetividade e alocação racional de recursos para a seleção de medicamentos.

VI. Incentivar o desenvolvimento de protocolos e diretrizes terapêuticas baseados na seleção de medicamentos; validar os protocolos de tratamento farmacológico, alinhando-os aos critérios utilizados para auditoria de medicamentos de uso restrito.

VII. Normatizar os critérios e a sistemática de utilização de medicamentos e demais produtos farmacêuticos não incluídos na relação de produtos padronizados no hospital ou padronizados de uso restrito.

VIII. Definir os critérios para inclusão de medicamentos e demais produtos farmacêuticos na categoria padronizado de uso restrito, considerando entre outros aspectos: custo, riscos para segurança do paciente.

IX. Assessorar os profissionais de saúde e a administração hospitalar quanto à elaboração de políticas e diretrizes relativas à seleção, distribuição, prescrição e administração e monitorização de medicamentos.

X. Elaborar e manter atualizada, em parceria com o Setor de Farmácia, as versões impressas e eletrônicas do Formulário Farmacêutico que devem conter obrigatoriamente os seguintes capítulos: orientações para prescrição de medicamentos, relação de medicamentos e demais produtos farmacêuticos selecionados, classificados por grupos terapêuticos e orientações úteis sobre medicamentos.

XI. Manter atualizadas as normas relativas à sistemática de utilização de medicamentos e demais produtos farmacêuticos não incluídos ou em inclusão no Formulário Farmacêutico.

XII. Definir critérios para o uso de medicamentos e demais produtos farmacêuticos para racionalizar sua utilização.

XIII. Divulgar informações sobre os medicamentos e demais produtos farmacêuticos.

XIV. Propor estratégias de avaliação da utilização dos medicamentos da Instituição.

XV. Estimular a promoção do uso racional de medicamentos e demais produtos farmacêuticos por meio da realização de cursos, elaboração e distribuição de boletins, realização ou participação em fóruns de debate e ações educativas.

XVI. Em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente a incentivar a identificação, a notificação, o monitoramento e a prevenção de reações adversas a medicamentos e erros de medicação.

Funcionamento e Organização

Art. 6º A CFT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês e, extraordinariamente por convocação do seu Presidente ou por requerimento da maioria dos seus membros ou ainda por solicitação da Diretoria Geral.

§ 1º As reuniões ocorrerão na UPA, em local previamente agendado.

§ 2º A pauta da reunião deverá ser encaminhada aos membros com antecedência mínima de 48 horas.

§ 3º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas com antecedência de até 24 horas.

Art. 7º As reuniões, com ponto de pauta que demande aprovação por votação dos membros, serão iniciadas com a presença mínima de 3 membros. Caso não haja quórum suficiente, nova reunião será convocada para referida deliberação.

§ único - Todas as resoluções serão tomadas mediante maioria simples), caso contrário será feita nova convocação.

Art. 8º Os Membros da CFT deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício das suas funções e manter sob caráter confidencial as informações recebidas e discutidas.

Disposições Gerais

Art. 9º As Normas, Instruções de Trabalho e demais documentos que orientam a atuação da CFT, bem como o Formulário Farmacêutico atualizado, encontram-se disponíveis na parte de documentos da qualidade na Intranet da UPA.

§ único - Tais documentos serão revisados periodicamente pelos membros da CFT conforme cronograma estabelecido com base na validade dos documentos estabelecida pelo Setor da Qualidade da UPA.

Art. 10 Casos e/ou situações não contemplados por este regimento serão discutidos e decididos em reunião da CFT.

4.9.6.2. 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

4.9.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

4.9.7.1. Proposta e regimento interno

DEFINIÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é um instrumento que gestores e colaboradores dispõe para tratar da prevenção de acidentes do trabalho, das condições do ambiente do trabalho e de todos os aspectos que afetam a saúde e segurança dos que exercem atividade laboral na unidade.

ATRIBUIÇÕES

As atribuições da CIPA estão elencadas na Lei nº 6.514/1977 e na NR 05, item 5.16 do Ministério do Trabalho e Emprego. São atribuições da CIPA:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e segurança do trabalho
- Participar, com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para

avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores

- Requerer, ao SESMT, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores

- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e o PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho

- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho

- Participar, em conjunto com o SESMT, a análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados

- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferindo na segurança e saúde dos trabalhadores

- Requisitar à empresa as cópias das Comunicações de Acidentes de Trabalho - CAT emitidas

- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT

- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS

A CIPA deverá abordar as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho e será composta de representantes da organização social e dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5.

Todos os membros da CIPA devem reunir-se uma vez por mês, obedecendo a um calendário anual, estabelecido em comum acordo na primeira reunião.

MINUTA DE REGIMENTO DA CIPA

CAPÍTULO I - OBJETIVO

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

CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO

Art. 2º. A CIPA será composta de representantes da organização social, por meio da Administração da unidade, e dos colaboradores, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, respeitando o dimensionamento paritário.

Art. 3º. Os representantes da Administração da unidade, titulares e suplentes, serão designados pelo Diretoria Geral.

Art. 4º. As disposições contidas neste Regulamento aplicam-se, no que couber, aos colaboradores não celetistas e avulsos.

CAPÍTULO III - DO MANDATO

Art. 5º. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 6º. É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 7º. Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na instituição sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 8º. A Direção do Hospital deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 9º. A Direção do Hospital designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 10. Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 11. Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância da Direção.

Art. 12. Empossados os membros da CIPA, a Direção deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 13. Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados, exceto no caso de encerramento atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. A CIPA terá por atribuição:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT.
- b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho.

- c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação e das prioridades de ação nos locais de trabalho.
- d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores.
- e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.
- f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.
- g) participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Direção, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.
- h) requerer ao SESMT ou à Direção, a paralisação do setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores.
- i) colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.
- j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.
- k) participar, em conjunto com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.
- l) requisitar à Direção e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.
- m) requisitar as cópias das CAT emitidas.
- n) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT.
- o) participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 15. Cabe à organização social proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 16. Cabe aos colaboradores:

- a) participar da eleição de seus representantes.

- b) colaborar com a gestão da CIPA.
- c) indicar à CIPA, ao SESMT e à Direção situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.
- d) observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 17. Cabe ao Presidente da CIPA:

- a) convocar os membros para as reuniões da CIPA.
- b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Direção e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.
- c) manter a Direção informada das atividades.
- d) delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 18. Cabe ao Vice-Presidente:

- a) executar atribuições que lhe forem delegadas.
- b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 19. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos.
- b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados.
- c) delegar atribuições aos membros da CIPA.
- d) promover o relacionamento da CIPA com o SESMT.
- e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento.
- f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.
- g) constituir a comissão eleitoral.

Art. 20. O Secretário da CIPA terá por atribuição:

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

- b) preparar as correspondências. e
- c) outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 21. A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 22. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal e em local apropriado.

Art. 23. As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 24. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT.

Art. 25. Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência.
- b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.
- c) houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 26. As decisões da CIPA serão tomadas, preferencialmente, por consenso.

Art. 27. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 28. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 29. A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

Art. 30. No caso de afastamento definitivo do presidente, a Direção indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 31. No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VI - DO TREINAMENTO

Art. 32. A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 33. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias¹ contados a partir da data da posse.

Art. 34. O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo.
- b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho.
- c) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS, e medidas de prevenção.
- d) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho.
- e) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos.
- f) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 35. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

Art. 36. O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

Art. 37. A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Art. 38. Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 39. Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 40. O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 dias antes do término do mandato em curso.
- b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias.
- c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante.
- d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição.
- e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver.



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

g) voto secreto.

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

i) faculdade de eleição por meios eletrônicos.

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

Art. 41. Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos colaboradores na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 42. Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 43. Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44. Este Regimento poderá ser aprimorado nos termos da NRs.

Art. 45. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

4.9.7.2. 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											
Eleição dos membros		X										
Posse dos membros			X									
Reuniões ordinárias				X	X	X	X	X	X	X	X	X



4.9.8. Outras comissões

4.9.8.1. Comitê transfusional

Descrição da Finalidade

Integrar e articular todos os departamentos da UPA no que concerne ao uso e manipulação de sangue e seus derivados e coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue bem como investigação e auditorias pertinentes, com os seguintes objetivos:

- I. Monitorar atividades hemoterápicas da UPA, conforme dispositivos legais;
- II. Promover integração entre Hemoterapia, demais setores e profissionais;
- III. Educar as equipes e profissionais para o bom andamento do serviço;
- IV. Proporcionar segurança ao paciente e às equipes;
- V. Produzir, disponibilizar e distribuir todas as informações necessárias sobre Hemoterapia.

Composição e Constituição - Membros

O Comitê Transfusional terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico, Médico e Enfermeiro.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I CATEGORIA E FINALIDADES

ARTIGO 1º - O Comitê Transfusional tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados na UPA, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÃO

ARTIGO 2º - O Comitê Transfusional terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único: As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

ARTIGO 3º - As indicações para integrar o Comitê Transfusional serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

- I. Diretor Técnico;
- II. 1 (um) representante da Comissão de Ética de Enfermagem;
- III. 1 (um) representante da Comissão de Ética Médica;

ARTIGO 4º - O presidente será eleito pelos membros do Comitê.

ARTIGO 5º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas pelos membros que compõem o Comitê Transfusional e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único: As designações serão referendadas pela Diretoria Geral.

ARTIGO 6º - O Diretor Clínico, por indicação do Comitê, poderá promover a substituição dos integrantes do Comitê Transfusional.

ARTIGO 7º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

ARTIGO 8º - As funções dos membros do Comitê Transfusional não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para a UPA.

ARTIGO 9º - O Comitê Transfusional convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

ARTIGO 10 - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do Comitê Transfusional, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

ARTIGO 11 - O Comitê Transfusional reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - O Comitê Transfusional instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão antes de cada votação.

Parágrafo 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário do Comitê Transfusional para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Parágrafo 4º - As deliberações do Comitê Transfusional serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

Parágrafo 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 6º - A votação será nominal.

ARTIGO 12 - O Comitê Transfusional, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

ARTIGO 13 - Os expedientes sujeitos à análise do Comitê Transfusional serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente do Comitê Transfusional ou por membro designado.

ARTIGO 14 - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

ARTIGO 15 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

4.9.8.2. 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	X

5. Qualidade técnica

5.1. Gestão de unidades e/ou redes de atenção básica, Programa de Atenção Domiciliar, Programa de Estratégia Saúde da Família, públicos ou privados públicos ou privados, a qual poderá pontuar no máximo 5 (cinco) pontos

Os documentos comprobatórios estão acostado no ANEXO II.

5.2. Gestão de serviços de saúde em urgência e emergência (serviços com disponibilidade de atendimento à demanda de urgências nas 24 horas, como: pronto atendimento; pronto socorro isolado e/ou pronto socorro de hospital; UPA's), públicos ou privados, conforme tempo e quantidade de unidades de saúde, a qual poderá pontuar no máximo 5 (cinco) pontos

Os documentos comprobatórios estão acostado no ANEXO II.

5.3. Experiência do corpo diretivo da entidade ou da diretoria proposta para a UPA até o terceiro nível, comprovada por meio de declaração emitida por entidade privada, atestado de capacidade técnica emitida pelo Poder Público, cópia de registro em CTPS, cópia de contrato de prestação de serviço, a qual poderá pontuar no máximo 2,5 (dois vírgula cinco) pontos

Os documentos comprobatórios estão acostado no ANEXO II.

5.4. Titulação do corpo diretivo da diretoria proposta para a UPA até o terceiro nível, em curso de pós-graduação lato sensu, com no mínimo 360h, em gestão em saúde, gestão hospital, urgência e emergência, a qual poderá pontuar no máximo 2,5 (dois vírgula cinco) pontos

Os documentos comprobatórios estão acostado no ANEXO II.

6. Alocação dos recursos financeiros

Nas páginas seguintes estão acostadas as planilhas com a alocação dos recursos financeiros, conforme edital de chamamento público.

As planilhas seguem o modelo constante no edital. Entretanto, no decorrer da execução do projeto poderá haver modificação na denominação das rubricas, nos valores consignados e outras mudanças que se fizerem necessárias.

Assim, o Instituto Alcance esclarece que as planilhas são exemplificativas para demonstrar a capacidade de gestão da entidade, com o atendimento aos critérios de avaliação, e que podem ser modificadas no decorrer da execução do projeto.

5. Grátis	173.800,00	182.800,00	182.800,00	182.800,00	228.400,00	228.400,00	228.400,00	228.400,00	228.400,00	231.589,45	2.552.399,45
5.1 Teleducação/Internet	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	18.000,00
5.3 Energia elétrica	130.200,00	130.200,00	130.200,00	130.200,00	165.300,00	165.300,00	165.300,00	165.300,00	165.300,00	165.300,00	1.843.200,00
5.4 Água e esgoto	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	24.600,00	295.200,00
5.4.1 Associação de Azeiteiros (Associação Embaixadas)	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
5.4.2 Outras Despesas (Gastos (Aluguel de material))	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	19.600,00	235.200,00
6. Depreciação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7. Prestação de Serviços de Terceiros	510.000,00	510.000,00	510.000,00	510.000,00	517.000,00	517.000,00	517.000,00	517.000,00	517.000,00	517.000,00	8.176.000,00
7A. Assistência	465.000,00	465.000,00	465.000,00	465.000,00	472.000,00	472.000,00	472.000,00	472.000,00	472.000,00	472.000,00	5.836.000,00
7.1.1. Passagem aérea	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	385.000,00	4.820.000,00
7.1.2. Passagem Fretos	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
7.1.3. Copimec	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.1.4. SUIJ e ginástica	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	77.000,00	77.000,00	77.000,00	77.000,00	77.000,00	77.000,00	886.000,00
7B. Administração	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	540.000,00
7.2.1. Passagem aérea	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	540.000,00
7.2.2. Pagam. Fretos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2.3. Copimec	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8. Custos Indiretos	317.700,00	317.700,00	317.700,00	317.700,00	329.700,00	329.700,00	329.700,00	329.700,00	329.700,00	329.700,00	3.908.400,00
8.1. Material de expediente	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	42.000,00
8.2. Transporte de passageiros	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	126.000,00
8.3. Manutenção predial	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	55.600,00	667.200,00
8.4. Manutenção e energia	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	72.000,00
8.4.1. Energia de empresas elétricas (aluguel)	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
8.6. TI	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	25.200,00	302.400,00
8.7. Material	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	18.600,00	223.200,00
8.8. Manutenção Contratada	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	78.000,00
8.9. Manutenção de Computação	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	12.600,00	151.200,00
8.10. Copimec	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	180.000,00
8.11. Segurança e vigilância	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	782.400,00
8.12. S.C.H.F	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	72.000,00
8.13. OPM e/o S.C.V	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8.14. Locação de equipamento hospitalar (aluguel)	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	82.000,00	82.000,00	82.000,00	82.000,00	82.000,00	82.000,00	936.000,00
8.15. Realização hospitalares	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	156.000,00
8.16. Outros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (B)	2.823.809,89	2.785.687,13	2.785.687,13	2.785.687,13	3.023.381,16	3.023.381,16	3.023.381,16	3.023.381,16	3.023.381,16	3.023.381,16	35.400.000,00
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (C)	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00

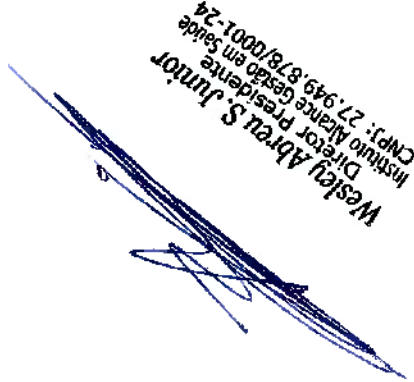
1 Salários	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
2 Outros	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
3 Materiais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4 Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS - (c)	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00
TOTAL DE DESPESAS - (5144)	2.673.888,99	2.688.887,13	2.698.887,13	2.708.887,13	2.718.887,13	2.728.887,13	2.738.887,13	2.748.887,13	2.758.887,13	2.768.887,13	2.778.887,13	2.788.887,13	2.798.887,13	36.000.000,00
TOTAL DE RECEITAS - (a)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RESULTADO: DÉFICIT/ SUPERÁVIT - (04-09-10)	126.316,11	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	161.312,87	-0,00


Wesley Abreu S. Junior
 Diretor Presidente
 Instituto Alcance Estado em Saúde
 CNPJ: 27.949.878/0001-24

ANO 3

	MÊS												Valor anual em R\$
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
NECESSARIAS OPERACIONAIS													
Reposar Capacidade do Centro de Apoio-Varejo	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	38.937.600,00
Reposar Programas Especiais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reposar para Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE NECESSARIAS (a)	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	3.244.800,00	38.937.600,00
DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	1.086.421,28	13.701.055,16
1.1. Oribaseco	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	543.332,10	6.520.086,30
1.1.1. Energia, Saneamento	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	189.946,21	2.275.359,21
1.2. Previdencia	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	189.456,90	2.275.359,21
1.2.1. - Férias, Licenças e sazes pecunias	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	49.877,89	598.120,09
1.2.2 - Férias, Licenças e sazes pecunias	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	13.691,97	164.771,95
1.2.3 - 13º e abono anual dos ferias	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	69.111,84	830.008,23
1.2.4 - Indenizacao	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	7.986,98	97.296,59
1.2.1 - Bônus dos empregados e provisorios	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	48.781,22	586.188,30
1.3. Beneficio	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	10.888,64	130.819,87
1.4. Indenizacoes Especificas	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	108.666,42	1.302.282,57
1.5. Outras formas de Contratacao	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	408.860,00
2. Material Operacional/Consumo	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	8.650.174,00
2.1. Materiais Nucleos Hospitalares	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	3.308.821,40
2.2. Medicamentos	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	4.671.366,80
2.3. Demais materiais	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	94.860,00
2.4. Outros Medicamentos	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	535.487,40
3. Beneficio Terceiros	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	2.584.613,32
3.1. Limpieza e higienizacao	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	59.580,20	706.546,48
3.2. Nutricao e dietas	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	908.611,84
3.3. Lavanderia	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	303.453,52
3.4. CME	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	295.840,52
3.5. Manutencao de equipamentos	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	288.353,96
3.7. Outros (especificar)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Seguros/Impostos/Taxas	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	158.000,00
4.1. Seguros (Incendio e roubo etc)	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
4.2. Impostos, Taxas	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	98.000,00

1	Receitas	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
2	Outras	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
3	Materia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS - (4)		50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00
TOTAL DE DESPESAS - (0+1+3)		3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	3.144.222,38	300.000,00
TOTAL DE RECEITAS - (1+2)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RESULTADO: DÉFICIT SUPERAVIT - (4)-(0)+(3)		100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	100.577,62	0,00


Wesley Abreu S. Junior
 Diretor Presidente
 Instituto Alcance Gestão em Saúde
 CNPJ: 27.949.878/0001-24

ANO 4

RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS												Valor anual em R\$	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Raposo Contato de Unidade (Luz+Varred)	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	39.876.960,00
Raposo Pragas e Fungos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Raposo para Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE RECEITAS (R)	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	3.306.330,00	39.876.960,00
DESPESAS OPERACIONAIS														
1. Pessoal	1.188.420,88	1.188.420,88	1.188.420,88	1.188.420,88	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	1.220.216,49	14.439.419,47
1.1 Ocorrências	566.186,30	566.186,30	566.186,30	566.186,30	612.416,22	612.416,22	612.416,22	612.416,22	612.416,22	612.416,22	612.416,22	612.416,22	612.416,22	7.244.082,96
1.1.1. Louças Sociais	215.717,28	215.717,28	215.717,28	215.717,28	225.369,17	225.369,17	225.369,17	225.369,17	225.369,17	225.369,17	225.369,17	225.369,17	225.369,17	2.665.822,63
1.2. Provetas	204.403,86	204.403,86	204.403,86	204.403,86	213.549,54	213.549,54	213.549,54	213.549,54	213.549,54	213.549,54	213.549,54	213.549,54	213.549,54	2.526.011,73
1.2.1 - Jinas	53.812,09	53.812,09	53.812,09	53.812,09	56.219,81	56.219,81	56.219,81	56.219,81	56.219,81	56.219,81	56.219,81	56.219,81	56.219,81	665.006,82
1.2.2 - Jinas, locações e arcos prévio	14.771,95	14.771,95	14.771,95	14.771,95	15.432,89	15.432,89	15.432,89	15.432,89	15.432,89	15.432,89	15.432,89	15.432,89	15.432,89	182.550,89
1.2.3 - 1º e adicional de férias	74.563,15	74.563,15	74.563,15	74.563,15	77.899,34	77.899,34	77.899,34	77.899,34	77.899,34	77.899,34	77.899,34	77.899,34	77.899,34	921.447,35
1.2.4 - Indenizações	8.616,97	8.616,97	8.616,97	8.616,97	9.002,52	9.002,52	9.002,52	9.002,52	9.002,52	9.002,52	9.002,52	9.002,52	9.002,52	108.468,02
1.2.5 - Reforço dos encargos e proventos	52.639,71	52.639,71	52.639,71	52.639,71	54.994,98	54.994,98	54.994,98	54.994,98	54.994,98	54.994,98	54.994,98	54.994,98	54.994,98	650.513,65
1.1. Benefícios	11.723,77	11.723,77	11.723,77	11.723,77	12.248,32	12.248,32	12.248,32	12.248,32	12.248,32	12.248,32	12.248,32	12.248,32	12.248,32	144.861,66
1.4. Rubrica de Suprimento Materiais	117.237,56	117.237,56	117.237,56	117.237,56	122.483,24	122.483,24	122.483,24	122.483,24	122.483,24	122.483,24	122.483,24	122.483,24	122.483,24	1.448.816,59
1.6. Outras rubricas de Encargos	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	34.150,00	405.800,00
2. Materiais (incluindo materiais consumíveis)	720.764,55	720.764,55	720.764,55	720.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	713.764,55	8.650.174,60
2.1. Materiais Médicos/Hospitalares	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	275.718,45	3.348.621,40
2.2. Medicamentos	392.547,15	392.547,15	392.547,15	392.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	385.547,15	4.671.565,80
2.3. Outros materiais	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	7.875,00	94.500,00
2.4. Outros Medicinas	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	44.623,95	535.487,40
3. Serviços (incluindo serviços)	208.436,55	208.436,55	208.436,55	208.436,55	218.858,39	218.858,39	218.858,39	218.858,39	218.858,39	218.858,39	218.858,39	218.858,39	218.858,39	2.561.813,32
3.1. Limpeza e saneamento	58.560,20	58.560,20	58.560,20	58.560,20	62.538,21	62.538,21	62.538,21	62.538,21	62.538,21	62.538,21	62.538,21	62.538,21	62.538,21	738.546,46
3.2. Manutenção e elétrica	75.694,50	75.694,50	75.694,50	75.694,50	79.479,23	79.479,23	79.479,23	79.479,23	79.479,23	79.479,23	79.479,23	79.479,23	79.479,23	838.811,84
3.3. Lavandaria	25.278,75	25.278,75	25.278,75	25.278,75	26.542,69	26.542,69	26.542,69	26.542,69	26.542,69	26.542,69	26.542,69	26.542,69	26.542,69	313.455,52
3.4. TMS	24.648,75	24.648,75	24.648,75	24.648,75	25.881,19	25.881,19	25.881,19	25.881,19	25.881,19	25.881,19	25.881,19	25.881,19	25.881,19	305.841,52
3.5. Manutenção de equipamentos	23.254,35	23.254,35	23.254,35	23.254,35	24.417,07	24.417,07	24.417,07	24.417,07	24.417,07	24.417,07	24.417,07	24.417,07	24.417,07	288.553,96
3.7. Outros (especificar)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Serviços Impostos/Taxas	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	156.000,00
4.1. Serviços (Incluído e excluído)	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
4.2. Impostos/Taxas	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	98.000,00

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA

Ref. Chamamento Público nº 002/2024 – SMS

O INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS, inscrito no CNPJ sob o nº 27.949.878/0001-24, por meio do seu representante legal, Sr WESLEY DE ABREU SILVA JÚNIOR, portador da cédula de identidade RG nº 758681 – SSP/TO e inscrito no CPF sob o nº 004.695.401-50, DECLARA, para todos os fins de direito, em especial o disposto no art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal e legislação infraconstitucional pertinente ao tema, que não emprega e não irá empregar menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e também que não emprega e não irá empregar menor de 16 (dezesseis) anos, a não ser na condição de aprendiz, nos termos da legislação vigente.

Goiânia, 26 de novembro de 2024.

ESCRITÓRIO

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS
WESLEY DE ABREU SILVA JÚNIOR



DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA DE TRABALHO

Ref. Chamamento Público nº 002/2024 - SMS

O INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS, inscrito no CNPJ sob o nº 27.949.878/0001-24, por meio do seu representante legal, Sr WESLEY DE ABREU SILVA JÚNIOR, portador da cédula de identidade RG nº 758681 – SSP/TO e inscrito no CPF sob o nº 004.695.401-50, DECLARA, para todos os fins de direito, que irá prestar todas as atividades e serviços descritos na sua PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 002/2024 – SMS junto a UPA Dr. Jamil Sebba.

O INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS, DECLARA ainda que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contada da data de entrega dos ENVELOPES 1 e 2 na SESSÃO inicial do Chamamento Público.

Por fim, o INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS, DECLARA o conhecimento da legislação atinente à parceria pretendida, em especial a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, comprometendo-se a obedecer os princípios e a legislação atinente ao serviço público de saúde.

Goiânia, 26 de novembro de 2024.


INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS
WESLEY DE ABREU SILVA JÚNIOR



INSTITUTO
Av. 110, Nº 208, SL
62 3911

DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NA UPA DR. JAMIL SEBBA

Ref. Chamamento Público nº 002/2024 - SMS

Pela presente, DECLARO que a organização social denominada INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS, inscrita no CNPJ sob o nº 27.949.878/0001-24, representada neste ato por PEDRO AUGUSTO NOVATO BARSÍ ITABAIANA, portador da Carteira de Identidade nº 4611643 e do CPF nº 016.628.631-10, foi realizada VISITA TÉCNICA nas dependências UPA Dr. Jamil Sebba na data de 28/11/2024, em atendimento aos termos do Edital do Chamamento Público nº 002/2024 - SMS, tendo sido acompanhada pelo membro da CCPA – SMS abaixo identificado.

Catalão, 28 de novembro de 2024.



Nome do membro da CCPA - SMS

(assinatura e carimbo)

