

Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.528

OBJETO:

Seleção emergencial de instituição sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área da saúde (OSS), para celebração de CONTRATO DE GESTÃO visando o gerenciamento institucional de ações e serviços em saúde no COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO – **CHRDJC**, localizada no Município de Patos, Estado da Paraíba, funcionando em tempo integral (24 horas/dia), segundo as normas do projeto básico, bem como de seus anexos.



ÍNDICE
VOLUME II

3.2 Protocolos Clínicos.....	499
3.2.1 Protocolo de Atendimento ao Paciente Politraumatizado do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	501
3.2.2 Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Crânio Encefálico do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	513
3.2.3 Protocolo de Tratamento Primário das Fraturas Expostas do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	529
3.2.4 Cuidados com o Paciente em Morte Encefálica ou Suspeita de Morte Encefálica do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	547
3.2.5 Protocolo - Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	565
3.2.6 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Dor Torácica do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.	581
3.2.7 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Câncer de Próstata do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	595
3.2.8 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Câncer de Mama do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	653
3.2.9 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Câncer de Colo Útero do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.....	693
3.3 Mecanismos de Informação aos Usuários.....	702

3.3.1 Proposta para Serviço de Atendimento ao Usuário/SAU.....	703
3.3.1.1 Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário.....	707
3.3.1.2 Pesquisa de Clima Organizacional.....	715
3.3.1.3 Ouvidoria SUS.....	716
3.3.1.4 Ouvidoria Ativa.....	720
3.3.2 Termo de Consentimento Informado.....	727
3.3.3 Manual de Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Pacientes e Familiares.....	728
3.3.4 Manual de Informação aos Usuários.....	732
3.3.5 Manual de Informação aos Novos Colaboradores.....	734
3.3.6 Informações aos Visitantes e Acompanhantes.....	738
3.3.7 Direitos e Acomodação para os Acompanhantes.....	739
3.4 Manual de Orientação Nutricional aos Pacientes em Tratamento de Quimioterapia.....	743
4. QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E ECONOMICIDADE.....	761
4.1 Proposta de Implantação de Protocolo de Cirurgia Segura/OMS.....	763
4.2 Proposta de Humanização da Atenção.....	766
4.2.1 Regimento interno do Grupo de Trabalho de Humanização.....	768
4.3 Modelo e Certificação de Qualidade.....	775
4.4 Acompanhamento e Redução dos Custos Hospitalares.....	777

4.5 Regulamentos e Regimentos dos Serviços.....	779
4.5.1 Regulamento de Contratação de Pessoal.....	779
4.5.2 Regulamento Institucional de Compras, Contratação de Obras e Serviços.....	783
4.5.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem.....	792
4.5.4 Proposta para Regimento do Corpo Clínico.....	799
4.5.4.1 Regimento Interno dos Plantonistas.....	810
4.5.5 Proposta para Regimento do Serviço Social.....	813
4.5.6 Proposta para Regimento do Serviço de Fisioterapia.....	816
4.5.7 Proposta para Regimento do Serviço de Psicologia.....	822
4.6 Procedimentos de Compras de Materiais e Medicamentos.....	825
4.6.1 Modelo de Padronização de Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares.....	827
4.7 Modelo de Padronizações de Normas e Rotinas.....	876
4.7.1 Estrutura e Estabelecimento de Normas e Rotinas para o Funcionamento da Urgência e Emergência, Acolhimento e Classificação de Risco.....	876
4.7.2 Procedimentos Operacionais Padrão, Protocolos Assistenciais e Clínicos.....	884
4.7.2.1 Enfermagem.....	884

3.2 Protocolos Clínicos

Apresentação

Os protocolos clínicos são instrumentos desenvolvidos para **auxiliar os profissionais da área de saúde na tomada de decisões** — sejam elas simples ou complexas — que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos de um hospital na assistência de seus pacientes. Estes protocolos resultam, entre outras coisas, na redução da necessidade de realizar exames desnecessários, que incorram em riscos de complicação para o paciente e custos para o sistema de saúde. Tais ferramentas são elaboradas por meio de um amplo estudo sistemático das evidências científicas de determinada conduta, envolvendo pesquisadores, professores e demais especialistas, a fim de trazer resultados consensuais em relação a discussões de trabalhos clínicos que possam ser usados para melhorar os processos internos de um hospital, dando maior rapidez, confiabilidade, normalização e segurança à assistência.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** relaciona os protocolos das situações de maior prevalência e/ou risco dentro das áreas técnicas afins para o suporte das equipes de atendimento.

A diversidade de procedimentos cirúrgicos hoje disponíveis no arsenal médico, assim como, a premente necessidade de comunicação transparente e racional com os pagadores de serviços médicos exigem, dos gestores hospitalares e membros do corpo clínico, a elaboração e adoção de ferramentas que sejam simples e capazes de aperfeiçoar a oferta desses serviços.

Entre elas, se valoriza sempre mais a confecção de protocolos clínicos, baseados em evidências.

Mas, o que isso significa? Protocolos clínicos baseados em evidências nada mais são que diretrizes terapêuticas fundamentadas em evidências científicas e práticas de consenso, racionalizadas quanto ao uso e organizadas de modo a tornar prática sua aplicação. Entre as muitas vantagens observadas após a implantação desse modelo de assistência está o incremento significativo na segurança e qualidade da assistência, uma vez que atenua a variabilidade da conduta clínica; fato que seguramente aumenta os riscos da assistência, colocando assim, paciente, médicos e instituição em confronto direto com o perigo.

Diferencial de mercado. Esta é outra vantagem muito valorizada pelos diversos agentes que integram o sistema de saúde moderno. O uso dos protocolos como base para confecção de produtos hospitalares oferecidos confere clareza e transmite confiança aos compradores de serviços de saúde; visto que ressalta a preocupação com o custo-efetividade dos procedimentos. Também torna mais fácil e objetivo o fluxo de informações, solicitações, elaboração e auditoria de contas.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** explicita, porém que além da garantia no que tange à segurança e qualidade da assistência é preciso preservar, o respeito à autonomia dos médicos e demais membros da equipe de saúde; aliás, o único fórum de onde tais protocolos devem se originar.

Neste sentido, o **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta em cumprimento ao roteiro da Proposta de Trabalho, alguns Protocolos Clínicos selecionados para exemplificar como serão elaborados os referidos Protocolos Clínicos no Hospital, aportando a área de média complexidade na Urgência e Emergência e a Alta Complexidade em Oncologia. Os protocolos selecionados para serem apresentados são utilizados pelo Corpo Técnico da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Os protocolos apresentados foram elaborados: pelas Sociedades Médicas Brasileiras; Ministério da Saúde e Corpo Técnico da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reafirma que pretende no primeiro semestre da parceria, construir coletivamente: o Projeto Protocolos Clínicos Embasados em Evidências e no Perfil da Unidade Assistencial do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.

Entre as diretrizes que nortearão esta construção: respeitar as particularidades de cada serviço, assim como, a defesa técnica oriunda dos membros da equipe de saúde; considerar o perfil epidemiológico da instituição; considerar a necessidade de custo-efetividade e buscar a validação da instituição.

Estas definições remetem:

A coerência com a Proposta do Modelo Gerencial proposto;

As estratégias desta proposta de trabalho na implementação da Política de Humanização no SUS, que estabelece compartilhamento e participação dos trabalhadores: A participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

Ainda reafirmando estas definições se encontra a premissa que as pessoas só incorporam e se sentem responsáveis pelo que ajudam a construir.

A implantação inteligente e racional do Projeto representará para o hospital um significativo avanço naquilo que é o seu maior compromisso: oferecer serviços e saúde com qualidade, segurança e responsabilidade.

3.2.1 Protocolo de Atendimento ao Paciente Politraumatizado do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

Versão, 2019

Parte 1- Normas Gerais

Itens:

- 1- O serviço de Ortopedia e Traumatologia do hospital está representado nas equipes do Setor de Emergência.
- 2- No setor de emergência do Hospital, compete ao Serviço de Ortopedia e Traumatologia a responsabilidade de atendimento das lesões do aparelho locomotor: coluna vertebral e membros, excluídos as lesões vasculares que são da responsabilidade do cirurgião vascular e equipe.
- 3- Nos casos de politraumatizados, compete ao Chefe da equipe de plantão coordenar a ação dos vários especialistas. Via de regra, deve responsabilizar-se, pelo caso, aquele que lidar com a lesão mais grave. Devemos assim, em nossa esfera de atribuições, participar do tratamento o mais prontamente possível, simultaneamente com os demais colegas, especialistas em outras áreas.
- 4- Entre os representantes da ortopedia do **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** nas equipes do Setor de Emergência, a responsabilidade pelos atendimentos é sempre, em todos os casos, do staff de plantão.
- 5- É indispensável, em socorros de emergência, que seja acionado o corpo de assistência social e psicológica deste hospital. Sem esse aspecto humano o melhor atendimento perde o valor e o reconhecimento do paciente
- 6- O bom atendimento inclui: A identificação do paciente, o estabelecimento do diagnóstico exato da lesão e a correta indicação do tratamento.
- 7- Tudo deverá ser registrado no PRONTUÁRIO, NO PRONTO ATENDIMENTO.
- 8- É considerada falta gravíssima, atender o paciente no setor de emergência sem a elaboração do respectivo prontuário; podendo com isso, o médico se expor a análise ética sem poder se defender.
- 9- O prontuário, não é um instrumento de mera formalidade, sem maior importância. É um documento de grande valor para o Hospital, para o Serviço e para o médico responsável pelo atendimento e para o próprio paciente. Todos – Hospital, Médico e Paciente – tem o mais relevante interesse na perfeição do prontuário e necessitam de que ele seja um documento exato, verdadeiro, fiel e legivelmente preenchido, representando a exata circunstância do atendimento.
- 10- A importância da fiel identificação é óbvia e de responsabilidade única do médico atendente.

11- A correta identificação é necessária para fins estatísticos. O Serviço que não possui dados estatísticos exatos não tem como provar a respectiva eficiência.

12- A correta identificação é também importante para objetivos científicos.

13- Verificada a exatidão dos dados de identificação, o paciente deve ser minuciosamente examinado antes da confecção do pedido de radiografia. **(A radiografia não revela a presença de lesões vasculares; o exame clínico minucioso é soberano).**

14- O pedido de radiografia deve ser preenchido de forma legível e clara; devem conter, obrigatoriamente, indicações sobre a presença de fraturas expostas, para que com isso o paciente possa ser **devidamente priorizado**.

15- O exame de **RX** deve ser cuidadoso, nunca basear um diagnóstico em uma imagem radiográfica deficiente. O ortopedista que assim proceder avalia o erro do técnico e assume a responsabilidade da falta de técnica cometida.

16- Nos casos de dúvida, tratar o paciente como se houvesse fratura; e providenciar investigação complementar.

17- Os aparelhos eventualmente usados nesta investigação no Setor de Emergência constituem o testemunho da eficiência do Serviço.

1. O diagnóstico correto e a descrição das terapêuticas empregadas devem estar inseridos no Prontuário do Paciente.

2. Terminado o socorro urgente e verificado o perfeito preenchimento do prontuário, o paciente pode ter vários destinos:

a. Pode ter permissão de voltar à sua residência;

b. Pode ser removido para outro hospital;

c. Pode ser internado no Serviço se o Estado assim o exigir;

d. Pode ser internado nas Enfermarias de Curta Permanência para observação ou tratamento.

3. O paciente que é atendido no setor de Emergência, e que pode voltar à respectiva residência deve continuar o seu tratamento no Ambulatório através do agendamento na sala de retorno ou através do telefone das 07h00min às 17h00 horas; de segunda a sexta feira.

4. Ao paciente que é atendido no Setor de Emergência, e que pode voltar à residência e não vai continuar o tratamento em nosso serviço é necessário encaminhá-lo para que procure prontamente o Serviço, o Médico ou a Instituição onde irá continuar o tratamento, através do formulário próprio.

5. Quando após o Socorro de Emergência o paciente retira-se para tratamento em hospital privado, devem constar do prontuário ou da papeleta de internação: o Hospital ou Casa de Saúde para onde foi removido e quando possível, o médico responsável pelo tratamento privado.
6. Quando, após o Socorro de Emergência, for necessário internar o paciente no Serviço, deverá ser confeccionada uma guia de internação (AIH) sem o qual nenhum doente pode ingressar nas Enfermarias.
7. O prontuário é composto por uma **AIH**, uma ficha de atendimento da emergência, uma folha de prescrição, uma folha de evolução e exames quando existirem. Após esta providência ser executada a internação caberá ao corpo de enfermagem.
8. O Staff que ordenou a internação deve, **OBRIGATORIAMENTE**, assinar o Prontuário, escrever em letra de forma o diagnóstico da lesão ou afecção que determinou a internação.
9. Os Assistentes responsáveis pela internação devem acompanhar o paciente até o leito, fiscalizando o respectivo manuseio. Deve, igualmente, instalar pessoalmente a tração quando eventualmente for necessária.
10. Só excepcionalmente devemos internar os pacientes novos na enfermaria de Curta Permanência do Setor de Emergência. Quando isto for absolutamente inevitável o Staff responsável pelo plantão deve declarar, o motivo da internação e a circunstância que o obrigou a deixar o doente na referida Curta Permanência.
11. As intervenções de urgências são realizadas nas salas destinadas às operações de urgências do Centro cirúrgico. Sempre que houver intervenção cirúrgica é indispensável à divisão do trabalho entre os ortopedistas “de serviço”, de modo que as salas do pronto-atendimento do Setor de Emergência não fiquem desguarnecidas.
12. É terminantemente proibido operar feridas graves de membros, nas salas do setor de emergência.
13. A chefia do Serviço de Ortopedia e Traumatologia tem o dever de saber o que se passa nas atividades do Setor de Emergência. Qualquer ocorrência que ultrapasse os limites da rotina deve ser comunicada, imediatamente, ao Chefe do Serviço ou ao Diretor do Hospital.
14. As trocas de plantão são extremamente importantes. O Staff responsável pelo plantão, não pode retirar-se do Setor de Emergência antes da chegada dos respectivos substitutos; devendo realizar a passagem do plantão informando os casos pendentes de resolução.

15. Os representantes da ortopedia em atividade no Setor de Emergência estão submetidos à supervisão administrativa do Chefe da Equipe, permanecendo tecnicamente vinculados ao Serviço de Ortopedia e Traumatologia.

16. Os representantes no Setor de Emergência devem fiscalizar os exames radiográficos, contribuindo para a rapidez e a regularidade do mesmo.

Parte 2 - Do Pronto atendimento:

Itens:

1- Todo e qualquer cidadão que procure o Pronto Atendimento Ortopédico do Hospital, passará pela classificação de risco antes de ser encaminhado ao ortopedista de plantão; exceto os pacientes que chegarem pela emergência do hospital, resguardando o objetivo do Hospital de atender Urgências e Emergências.

2- Somente deverão ser utilizados exames Secundários como: Raios-X, Tomografia computadorizada ou exames laboratoriais para elucidação diagnóstica dos pacientes após serem devidamente examinados e que **forem portadores de patologias de urgência e emergência**,

3- Os procedimentos ortopédicos como redução de fraturas e as luxações menores, deverão ser realizados na sala de redução.

4- Casos de complicação como perda de redução e consolidação viciosa, onde os pacientes tenham sido atendidos no Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro e que tenham indicação cirúrgica, deverão ter o tratamento no **próprio hospital**. Fato o qual deverá ser comunicado ao chefe do plantão ou a direção do hospital antes da internação.

5- Os pacientes que por ventura forem atendidos no plantão, e tenham sido operados no **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro** e necessitam de nova cirurgia deverão ser encaminhados ao **AMBULATÓRIO GERAL**, que avaliará o caso e se necessário agendará o paciente para procedimento cirúrgico eletivo, que será realizado pela equipe de diarista. **(NÃO ESTÁ AUTORIZADA A INTERNAÇÃO DESTES PACIENTES, PELO PLANTÃO, NAS ENFERMIARIAS DE CURTA PERMANÊNCIA, SALVO OS CASOS DE URGÊNCIA).**

6- Pacientes com lesão tendinosa e/ou de nervos periféricos, deverão ser tratados definitivamente pelo plantão a depender da gravidade da lesão e das condições ideais. Lesões mais graves deverão ser limpas suturadas e o membro imobilizado. O plantonista deverá, após certeza de que o paciente está orientado do seu procedimento, prescrever antibiótico e fazer sua internação para que possa ser realizado o tratamento definitivo do paciente no **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**.

7- As regularizações de cotos digitais e rotação de pequenos retalhos digitais poderão ser realizadas na sala de sutura, a depender da avaliação da cirurgia e gravidade da lesão.

8- As prescrições e evolução médica assim como as intercorrências de urgência e ou emergência das enfermarias de curta permanência são de responsabilidades do plantão, assim como na **UTI** e no centro cirúrgico.

9- Todo atendimento de maca deverá ser encaminhado à sala de gesso, onde o paciente será examinado e se necessário deverá ser encaminhado a outros setores para avaliação de outras clínicas, **ESTES PACIENTES NÃO DEVERÃO SER EXAMINADOS NO CORREDOR OU NOS CONSULTÓRIOS**.

10- As pseudartroses não infectadas deverão ser encaminhadas ao ambulatório para avaliação e programação cirúrgica.

11- Abordar com todo o cuidado possível, o paciente que por ventura tenha sido operado por outro colega.

Parte 3 - Das fraturas expostas

Sessão A: Do procedimento cirúrgico nas fraturas expostas com evolução abaixo de 6 horas

Itens:

1-Segue a classificação de Gustillo e Anderson.

2-Os pacientes com fraturas expostas que estiverem na sala pré-cirúrgica, deverão ter prescrição obrigatória de analgésicos e antibioticoterapia independente do seu grau, conforme orientação da infectologia.

3-Os critérios de prioridade para realização de cirurgias das fraturas expostas seguem:

I-Grau 3c- com prioridade para crianças < 10 anos, independente do período de evolução.

II-Grau 3b- com prioridades para crianças < 10 anos, independente do período de evolução.

III-Grau 1, Grau 2, Grau 3a, em criança < 10 anos.

IV-Grau 1, Grau 2, Grau 3a, com período acima de 6 horas. Atenção: Quando houver mais de um paciente do grupo IV, deverão ser solicitadas tantas salas quanto forem necessárias, intercalando com pacientes dos outros grupos.

4-Priorizar sempre nas fraturas com evolução abaixo de seis horas até o grau 3a o tratamento definitivo do paciente com utilização de placas e parafusos, ou outros métodos de osteossíntese ou fixação externa, desde que com o objetivo de tratamento definitivo; exceto nas fraturas de fêmur.

5-Nas fraturas expostas grau 3b ou 3c, de qualquer seguimento **sem exceção INDEPENDENTE DA IDADE**, mesmo que o tempo de evolução seja menor que 6 horas, devemos sempre utilizar **FIXADOR EXTERNO**. Nunca colocar gesso ou tala.

6-Nas fraturas expostas diafisária da tíbia priorizar sempre a utilização de montagem de fixadores lineares na forma **BIPLANAR UNILATERAL**.

7-Na fratura de fêmur será realizada Limpeza mecânica cirúrgica por uma **via de acesso ampla** e colocada tração trans-esquelética, ou fixação interna definitiva a critério do cirurgião, no entanto, quando houver lesão vascular esta deverá também ser tratada com fixador externo; ocorrendo nova programação cirúrgica posteriormente. **(atenção: a não realização da via de acesso ampla tornará o cirurgião responsável pela cirurgia definitiva do paciente, pelo seu risco de infecção).**

8- Nunca deixar de realizar o desbridamento e a limpeza cirúrgica como é determinada pela nossa literatura. A limpeza do membro na bacia existente na sala cirúrgica da ortopedia não substitui este ato, nunca deixar de fazer a antibioticoterapia pré e pós-operatório conforme a literatura e orientação do infectologista deste hospital.

9- Nas fraturas expostas grau 3b, a ferida **não** deverá ser aproximada, e o tempo de antibioticoterapia será conforme orientação da infectologia, realizando uma revisão cirúrgica de desbridamento e fechamento da ferida pela equipe de diarista após melhora clínica.

10- Nas fraturas expostas grau 3c, depois de fixada a fratura, o antibiótico deverá ser mantido por um período mínimo de 72 horas, ou conforme orientação da infectologia. Quando necessária revascularização deverá este paciente no pós-operatório permanecer aos cuidados da cirurgia vascular, que após a alta desta clínica será encaminhado para a equipe da ortopedia.

11- Nas fraturas **expostas de mão, pé e punho**, associadas à presença de lesão tendinosa e/ou de nervos periféricos, devemos utilizar sempre a pinagem associada ou não a fixadores externos. A não realização deste procedimento por motivos não justificáveis acarretará comunicação ao cirurgião para realização do tratamento do paciente. Este paciente não será passado ao diarista, e caberá ao plantonista definir o tratamento do paciente.

12- Toda e qualquer **luxação INSTÁVEL exposta ou não** com ou sem lesão vascular, deverá ser tratada com fixador trans-articular, pela emergência.

Sessão B: Do Procedimento cirúrgico nas fraturas expostas com evolução acima de 6 horas.

1-Nas fraturas expostas em criança, independente da idade, independente da sua classificação e do segmento, **com evolução acima de seis horas** utilizaremos sempre o fixador externo e/ou pinagem. Quando utilizado pinagem utilizaremos tala gessada.

2-Nas fraturas expostas em adultos independente da sua classificação e do segmento, com **evolução acima de seis horas** utilizaremos sempre o fixador externo associado ou não a pinagem.

3-Este paciente terá seu tempo de internação determinado pela avaliação da condição de sua ferida e pelo surgimento ou não de infecção.

Parte 4 - Da fratura de fêmur em criança

Sessão A: Das fraturas fechadas

Itens:

1-Quando não houver condições de acompanhamento por este serviço será conduzida uma AIH a central de regulação, onde o paciente será transferido para a rede conveniada do SUS.

2- Quando o paciente estiver impossibilitado de ser transferido por qualquer motivo, com fratura unilateral de fêmur, deverá ser tratado pela equipe diarista segundo idade: 0 a 6 anos gesso direto, de 6 a 8 anos tração e gesso, acima de 8 anos a depender do desenvolvimento físico, fixador externo ou placa e parafusos.

3-Paciente com fratura bilateral ou de fêmur associado a uma outra fratura, que não conseguir vaga na central de regulação, deverá ser tratada pela equipe de diarista. Este deverá ser internado na enfermaria de curta permanência da pediatria.

Sessão B: das fraturas expostas

Itens:

1-Criança de qualquer idade independente do grau e do tempo de evolução, com fratura exposta do fêmur isolada deverá ser tratada com limpeza mecânica cirúrgica e colocação de fixador externo.

2-Se o paciente possuir fratura exposta do fêmur e outra fratura mesmo que fechada, que possa ser tratada com a mesma anestesia que for utilizada para o tratamento da fratura do fêmur, deverá ser tratada cirurgicamente (quando houver indicação para tal) com isso não teremos que realizar novo procedimento anestésico no paciente.

Parte 5 - Dos Pacientes com TCE e Fraturas de extremidades.

Itens

1-Pacientes com **TCE** clínico e fraturas fechadas, deverão ser imobilizados e acompanhados pela neurocirurgia e quando possível **tratado pela equipe de diarista.**

2-Pacientes com **TCE** clínico e fratura exposta de qualquer grau e de qualquer segmento deverão ser **operados pela emergência** após liberação da neurocirurgia.

3-Paciente com **TCE** cirúrgico e fratura fechada poderá ser **tratado pelo plantão a depender da demanda cirúrgica do mesmo ou da gravidade da fratura.**

4-Pacientes com **TCE** cirúrgico ou clínico, com fratura fechada de mais de um osso longo deverá ser **tratado cirurgicamente pelo plantão**, após liberação da neurocirurgia, para melhor manipulação deste paciente durante sua internação e para reduzir o risco de embolia gordurosa.

5-Paciente com **TCE** cirúrgico com fratura exposta deverá **ser tratado pelo plantão**, seguindo o item 2 deste protocolo.

Parte 6 - Das fraturas de coluna

Itens:

1- Toda e qualquer fratura de coluna internada neste hospital devem ser tratadas pelo ortopedista.

2- Todo e qualquer paciente com **TCE** que não responde a solicitações verbais ou responde de forma não coerente deverá permanecer de colar cervical até a melhora deste quadro **mesmo que exames radiológicos estejam normais.**

3- Todo politraumatizado deve ser tratado com suspeita de fratura de coluna, devendo permanecer de colar cervical, e em prancha rígida, onde após exame físico e anamnese dirigida, deverá ser radiografado. Depois de sanada as dúvidas, liberado das imobilizações.

4-Sempre atentar para a possibilidade da existência de fraturas em mais de um seguimento.

5-A tomografia deve sempre ser utilizada com objetivo de esclarecimento de dúvidas ou avaliação complementar.

6-Depois de confirmada a fratura de coluna, devemos internar os pacientes nas enfermarias de curta permanência, para avaliação e conduta da equipe de coluna.

7- Todo e qualquer **trm deverá** ser medicado com metilprednisolona, pelo plantonista da ortopedia como é previsto na nossa literatura, sendo depois, avaliados e conduzidos, pela equipe de coluna.

8-O ambulatório de coluna funciona para acompanhamento de pacientes referenciados única e exclusivamente pela equipe de coluna.

Parte 7- Das altas

Itens:

1- Todos os casos terão suas altas avaliadas um a um, obedecendo às indicações anteriores previstas neste protocolo.

2- As avaliações das altas serão feitas diariamente pelo médico responsável pela visita das enfermarias (de acordo com escala), caso o médico cirurgião da urgência deseje seguir o paciente até a alta, deverá simplesmente escrever no prontuário o seu desejo. No entanto, este paciente não será visitado pelo diarista, sendo este de exclusiva responsabilidade do cirurgião.

3- Todo paciente de alta deverá ser encaminhado ao ambulatório pós-operatório, com agendamento prévio, seguindo as suas necessidades específicas de acompanhamento.

4- Todo paciente de alta deverá receber um relatório do seu caso, um atestado médico de 15 dias, e receita médica das medicações que forem necessárias.

5- Toda alta deverá ser dada até as 11h00 horas de cada dia impreterivelmente.

Parte 8- Do acompanhamento ambulatorial.

Itens:

1-Estes são divididos em **Ambulatórios pós-cirúrgicos das especialidades e Ambulatório geral.**

2-Ambulatório pós-cirúrgico terá como responsabilidade, dar seguimento no tratamento dos pacientes operados neste serviço pela equipe das diversas especialidades, **(fêmur, coluna, quadril, micro cirurgia, mão, joelho, ombro, cotovelo e fixador externo). ATÉ POSSIBILIDADE DE ALTA AMBULATORIAL.**

3-É de total responsabilidade deste hospital a reintervenção cirúrgica caso necessário, nos pacientes aqui operados, (por diarista ou por plantonista) desde que realizado aquilo que é previsto por este protocolo.

4-Os ambulatórios pós-operatórios específicos **(Micro cirurgia, fixador externo etc.)**, só atenderão pacientes que foram operados no **Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro.**

5-**O AMBULATÓRIO GERAL** fará o acompanhamento das pequenas cirurgias ou fraturas mais simples realizadas pelo plantão ou pelos diaristas e dar o primeiro atendimento de retorno das subespecialidades quando assim o for necessário.



3.2.2 Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Crânio Encefálico do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

Versão, 2019

INTRODUÇÃO/RACIONAL

1. Traumatismo crânio-encefálico (TCE) é entidade frequente e com alta mortalidade. A cada 15 segundos ocorre um caso de TCE e em decorrência deste, um paciente morre a cada 12 minutos;
2. 50% das mortes decorrentes de trauma têm como etiologia o TCE;
3. Classificam-se como TCE leve os pacientes com 13 a 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG) (texto subsidiário). Há tendência a classificar o paciente com 13 pontos na ECG como TCE moderado, tendo em vista a maior incidência de lesões expansivas intracranianas (LEIC) pós-traumáticas.

(texto subsidiário – APÊNDICE IV)

OBJETIVO

- Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de TCE leve, por médicos especialistas ou não especialistas, em unidades da rede hospitalar do Sistema Estadual de Saúde da Paraíba;
- Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de LEIC pós-traumática;
- Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de LEIC pós-traumática;
- Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do encéfalo desnecessárias.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

1. Equipe médica capacitada para avaliação inicial do paciente vítima de trauma, segundo preceitos do Advanced Trauma Life Support (ATLS). (Cirurgião geral, Clínico geral ou Pediatra);
2. Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com o vítima de TCE;
3. Sala de Raios-X com técnico treinado para a realização de radiografias de crânio e coluna cervical;
4. Colar cervical para imobilização. Lanterna com luz forte para exame das pupilas;
5. Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o interhospitalar de pacientes vítimas de TCE. Estes pacientes apresentam o risco de rápida deterioração durante o transporte, portanto o veículo deve estar capacitado para realizar proteção de vias aéreas (inclusive intubação oro-traqueal);
6. Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes (diazepam, fenitoína), manitol a 20%, anestésicos para intubação orotraqueal (midazolam, fentanil e suxametônio).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Admissão do paciente vítima de TCE na sala de emergência, pela equipe do trauma ou plantonista, com registro do diagnóstico;
2. Aplicar protocolo de atendimento segundo preceitos do ATLS;
3. Realizar Exame Neurológico Mínimo:
 - a. Nível de Consciência (Escala de Coma de Glasgow);
 - b. Exame do diâmetro pupilar (isocórica/anisocórica);
 - c. Detectar déficits neurológicos grosseiros (paresias/plegias).
4. Propedêutica radiológica, se necessário;
5. Classificar o paciente com TCE leve em RISCO AUMENTADO, RISCO MODERADO e RISCO BAIXO de apresentar LEIC pós-traumática. **(APÊNDICE-I)**;
6. Definir uma dentre as quatro condutas específicas:
 - a. Alta hospitalar;
 - b. Observação hospitalar (até 12 horas) em UBH e alta subsequente;
 - c. Encaminhar para o hospital, que tem apoio diagnóstico, UAT, para realização de TC do encéfalo com TTIH preenchido **(APÊNDICE II)**. Se TC normal, o paciente retornará à unidade de origem para observação hospitalar. Se TC anormal, o paciente deverá manter observação no **CHRDJC**;
 - d. Encaminhamento direto para internação e conduta especializada por neurocirurgião/neurologista do **CHRDJC**.
7. Fornecer e explicar a FOLHA DE ORIENTAÇÕES básicas ao paciente vítima de TCE leve ou a seu acompanhante. **(APÊNDICE III)**, em caso de alta.

ITENS DE CONTROLE

1. Avaliar redução nos pedidos de Raios-X de crânio na unidade hospitalar básica da rede hospitalar do Sistema Estadual de Saúde de Paraíba;
2. Avaliar redução nos pedidos de TC do encéfalo na unidade referência de trauma da rede- **CHRDJC**;
3. Notificação compulsória dos pacientes vítimas de TCE leve, que foram corretamente submetidos ao protocolo de atendimento acima, mas mesmo assim evoluíram com complicações neurológicas pós-traumáticas;
4. Percentual de internações pelo diagnóstico de TCE;
5. Percentual de TC de encéfalo em vítima de TCE alcoolizado;
6. Percentual de Folha Orientação Entregas.

SIGLAS

TCE – Traumatismo Cranioencefálico ATLS – Advanced Trauma Life Support

TC – Tomografia Computadorizada

RX – Radiografia

ECG – Escala de Coma de Glasgow

UBH – Unidade básica da rede hospitalar do Sistema de Saúde de GO – Hospital da rede não capacitado para atendimento neurológico de pacientes vítimas de TCE.

UAT – Unidade avançada de trauma neurológico da rede: Hospital capacitado com neurologistas/neurocirurgiões e TC do encéfalo para tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes vítimas de TCE = **CHRDJC**

TTIH – Termo Transferência Inter-Hospitalar

HIC – Hipertensão Intracraniana

PIC – Pressão Intracraniana

HSDA – Hematoma Subdural Agudo

HSAT – Hematoma Sub-araquinoide de Traumático

PIA – Pressão Intra Arterial

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

HEDA – Hematoma Extradural Agudo

REFERÊNCIAS

1. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Suporte avançado de vida no trauma (SAVT – ATLS). 8a Ed. Chicago: 2008.
2. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, *et al.* Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. *Neurosurgery* 1982; 11:344-51.
3. Siang JNKH. High-risk mild head injury. *J Neurosurgery* 1997;87: 234-8.
4. Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS, *et al.* Skull X-ray examinations after head trauma. *N Engl Med* 1987; 316:84.
5. Andrade AF, Ciquini JrO, Figueiredo EG, *et al.* Diretrizes do atendimento ao paciente com traumatismo cranioencefálico. *Arq Bras de neurocir*, 1999.
6. Valadka AB, Narayan RK. Emergency room management of the head injured patient. In: Narayan RK, Wilberger JE, Povlishok JT, editors. *Neurotrauma*. New York: McGraw-Hill; 1996. p.119-35.

APÊNDICE I

CLASSIFICAÇÃO DO TCE LEVE (ECG 13 E 15) RISCO AUMENTADO

1. Criança espancada, gestante, discrasia sanguínea (ex: pcte hemofílico);
2. Fístula líquórica (rino ou otoliquorreia);
3. TCE + trauma de outros sistemas (Politraumatismo);
4. Petéquias sugestivas de síndrome de embolia gordurosa;
5. Piora do nível de consciência para ECG < 15 ou surgimento de déficits neurológicos focais;
6. Meningismo;
7. Déficit de acuidade visual;
8. TCE por ferimento de arma branca;
9. ECG < 15;
10. Crises sub-entrantes (estado epilético).

RISCO MODERADO

1. Envolvimento em acidente grave, com vítimas fatais. Queixas neurológicas. História não confiável (suspeita de crianças/idosos espancados);
2. Equimose palpebral, retroauricular ou ferida em grande extensão no couro cabeludo;
3. Intoxicação aguda por álcool ou drogas ilícitas. Síndrome de abstinência alcóolica;
4. Cefaleia progressiva, vômitos ou convulsão;
5. Perda momentânea da consciência;
6. Desorientação temporo-espacial, amnésia retrógrada ou pós-traumática (amnésia lacunar);
7. Síncope pós-traumatismo (síndrome vaso-vagal);
8. Idade < 2 anos (exceto se traumatismo muito trivial);
9. Raios-X do crânio evidenciando fratura.

RISCO BAIXO

1. TCE por mecanismo de trauma de pequena intensidade, assintomático, exame físico geral normal e sem alterações neurológicas. Raios-X de crânio, se realizado, normal;
2. Sinais ou sintomas mínimos;
3. Cefaléia leve, não progressiva;
4. Tontura, vertigem temporária;
5. Hematoma subgaleal (HSG) ou laceração do couro cabeludo (LCC) pequena, com Raios-X de crânio normal.

APÊNDICE II

TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

Hospital de origem _____ Data ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____

Nome do Paciente _____

Nº do Registro _____

Diagnóstico Neurológico _____

Outros Diagnósticos _____

Foi observado o protocolo?

sim

não

Motivo Clínico da transferência baseado na observação do protocolo

História Sumária e dados vitais:

PA ____ / ____ / ____ mmHg Pulso ____ bpm FR ____ irpm Glasgow _____

SAÍDA

Médico Autorizador: _____ CRM: _____

Contato feito pelo autorizador no destino: _____ CRM: _____

Assinatura e carimbo do Autorizador _____

Nome, nº de registro profissional e assinatura do Assistente Social profissional responsável pelo transporte: _____

Ambulância: SAMU UTI COMUM

Hora contato: ____:____ Hora saída: ____:____ Hpra chegada: ____:____

CHEGADA

Hora da chegada **CHRDJC**

Exame:

USA

TC

Angiografia

Outro _____

Laudo sumário (radiologista ou médico assistente): _____

Nome, CRM e carimbo do médico avaliador: _____

RETORNO

Hora saída : ____:____ Hora chegada à origem: ____:____

Nome, CRM e carimbo médico que recebeu na origem: _____

APÊNDICE III

FOLHA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Até o momento não foi constatada, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o trauma deste paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital e portanto será LIBERADO. Entretanto, novos sintomas e sinais podem surgir horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguém pelo menos durante este período.

O paciente deverá retornar ao hospital se aparecerem os seguintes sinais e sintomas abaixo relacionados:

1. Dor de cabeça que não melhora com analgésicos comuns.
2. Sonolência excessiva.
3. Irritabilidade ou ansiedade.
4. Desmaio, fraqueza, diminuição da força ou formigamento nas pernas ou metade do corpo.
5. Dificuldade para falar ou entender, de memória ou concentração.
6. Distúrbio de personalidade ou comportamento.
7. Confusão mental.
8. Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão.
9. Diminuição da audição ou visão.
10. Movimento estranho dos olhos, visão dupla.
11. Alteração da respiração, batidas do coração ou febre (acima de 37,8°C).
12. Perda de líquido claro ou sangue pelo ouvido ou nariz.
13. Alteração do tamanho das pupilas.
14. Depressão ou agressividade.
15. Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço.
16. Dificuldades de realizar suas atividades normais em casa ou no emprego.
17. Pode continuar usando as medicações prescritas pelo seu MÉDICO, porém não use sedativos, remédios para dormir, xaropes para tosse ou bebidas alcoólicas pelo menos nas próximas 48 horas. Durante o sono peça para ser acordado frequentemente (2 a 3 vezes), para que se possa avaliar a presença dos sinais acima descritos.

Assinatura e carimbo médico

Patos ,de..... de

Ciente: _____

Assinatura e nº de registro do paciente/responsável

APÊNDICE IV

TEXTO/SUBSIDIÁRIO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)

I. INTRODUÇÃO

O trauma cranioencefálico (TCE) é entidade grave e frequente. A cada 15 segundos ocorre um novo caso de TCE e em consequência deste, um paciente morre a cada 12 minutos. Aproximadamente 50% das mortes em decorrência do trauma são devidas ao trauma encefálico e quando se considera as mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, mais de 60% delas são devidas ao TCE.

Várias são as causas do TCE: quedas, acidentes de trabalho, agressão física, acidentes domiciliares, queda de bicicleta, trauma no esporte, mas a mais frequente de todas, atualmente, é o acidente de tráfego. Destaca-se como acidentes relacionados ao trânsito, o acidente automobilístico e os atropelamentos.

II. ABORDAGEM GERAL

O princípio de abordagem do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) é de corrigir em primeiro lugar as condições que mais ameaçam a vida do paciente:

- A. Vias aéreas pérvias com controle da coluna cervical;
- B. Respiração e ventilação;
- C. Circulação com controle da hemorragia;
- D. Incapacidade, estado neurológico;
- E. Exposição do paciente/controla o ambiente (evitar hipotermia).

Durante esta avaliação inicial, após detectados e corrigidos os itens A, B e C, o médico irá avaliar o estado neurológico do paciente (escala de coma de Glasgow, avaliação das pupilas e determinação de déficits motores) e determinar a propedêutica a ser realizada:

1. Alta Hospitalar;
2. Observação na UBH (até 12 horas) e alta hospitalar;
3. Encaminhar para **CHRDJC** para realização de TC do encéfalo. (TC normal = retorna p/ UBH. TC alterada = permanece no **CHRDJC**).

III. EXAME NEUROLÓGICO E CLASSIFICAÇÃO DO TCE

O exame neurológico na sala de emergência deve ser objetivo o suficiente para detectar as principais alterações neurológicas mas não deverá retardar o andamento da propedêutica e tratamento de patologias concomitantes. Este exame neurológico inicial deve ser detalhadamente anotado na folha de admissão porque servirá de base para exames subsequentes, permitindo uma análise quantitativa de melhora ou piora do paciente. Se o paciente está alerta e cooperativo e não queixa cervicalgia ou limitação à sua movimentação, pode ser retirado o colar cervical. Se há confusão mental, coma ou qualquer queixa cervical, o colar deve ser mantido até que propedêutica radiológica exclua fraturas ou luxações cervicais. O exame objetivo consta na avaliação de três itens:

- a. Nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow).
- b. Função pupilar.
- c. Detecção de déficit neurológico motora.

Nível de consciência: a Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi desenvolvida para uniformizar e quantificar o exame neurológico, eliminando assim a subjetividade interpessoal. Compreende na pontuação somatória da avaliação da abertura ocular, melhor resposta motora e resposta verbal, variando de 3 a 15 pontos, como se segue:

ABERTURA OCULAR	(1-4)
	4. Espontânea
	3. Ao chamado
	2. À dor
	1. Não abre
MELHOR RESPOSTA MOTORA	(1-6)
	6. Obedece a comandos
	5. Localiza estímulo doloroso
	4. Flexão inespecífica
	3. Decorticação
	2. Descerebração
1. Sem resposta	
RESPOSTA VERBAL	(1 – 5)
	5. Orientado
	4. Confuso
	3. Palavras desconexas
	2. Sons incompreensíveis (geme)
1. Sem resposta verbal	

Segundo a escala EGC, classifica-se o TCE como:

- leve (13 -15);
- moderado (9 -12) ou grave (< 8).

Todo paciente com EGC < 8 (TCE grave) deve ser intubado para proteção de vias aéreas.

a. Avaliação pupilar: as pupilas são avaliadas pela simetria e pela sua resposta à luz. Uma diferença no diâmetro pupilar de mais de 1 mm é considerada anormal. Deve-se excluir trauma ocular direto, próteses, uso de colírios oftalmológicos, amaurose prévia que podem confundir o exame e uso de drogas.

b. Detecção de déficit neurológico motor: deve-se observar a movimentação espontânea do paciente, se há alguma assimetria ou limitação. A detecção desta assimetria pode ser realizada já no exame da EGC em relação à melhor resposta motora. O fato do paciente localizar o estímulo doloroso de um lado e descerebrar contralateralmente é de extrema importância ao exame e deve ser anotado. Se o paciente está alerta e orientado, podemos ainda quantificar o déficit: não move (0), contrações musculares (1), move no horizontal, mas não vence gravidade (2), vence gravidade (3), vence gravidade e oferece alguma resistência (4), normal (5).

Realizado este exame neurológico sumário e objetivo, já podemos classificar o paciente como TCE leve, moderado ou grave, anotando possíveis assimetrias pupilares e motoras e determinar a propedêutica adequada a ser realizada (ex: TC do encéfalo, Raios-X ou Observação apenas).

IV. PROPEDÊUTICA

O Raios-X de crânio é eficiente método de triagem. Em pacientes com trauma leve sem perda da consciência e que se encontram com exame neurológico normal, mas com sinais externos de trauma craniano, o RX deve ser realizado.

Se o exame for normal, o paciente pode ser observado no hospital ou liberado com orientações. Mas se houver fratura craniana, a TC do encéfalo deverá ser realizada. Desta maneira, reserva-se a tomografia do encéfalo apenas aos pacientes que perderam a consciência no momento do trauma, que se encontra com Escala de Coma Glasgow abaixo de 14 ou que apresentem alterações ao RX.

O RX do crânio deve ser pedido nas incidências AP, perfil e Towne. A tomografia pode ser pedida com janela óssea (para melhor se detectar fraturas) e eventualmente com contraste venoso. Basicamente hematomas apresentam-se hiperdensos à TC do encéfalo e infarto e edema, hipodensos.

V. CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os pacientes vítimas de TCE devem ser observados de maneira rigorosa por uma equipe treinada. De preferência esta observação deve ser feita inicialmente na sala de politraumatizados e após propedêutica e estabilização do quadro, em unidade de terapia intensiva, se indicado.

Posição: Preferencialmente estes pacientes devem ser posicionados com cabeceira elevada (30 graus) para melhorar o retorno venoso e com isto evitar HIC. Em caso de vômitos, posicionar lateralmente para se evitar aspiração de secreções.

Observação: de sinais vitais e neurológicos devem ser realizados de uma em uma hora ou de 2 em 2 horas. Qualquer anormalidade deve ser prontamente relatada.

- Sonda vesical de demora e sonda nasogástrica nos pacientes comatosos.
- Dieta suspensa.

Analgésicos/Antitérmicos/Antieméticos: Administra-se dipirona e metoclopramida de rotina, pois sabe-se que a dor, hipertermia e um episódio de vômito pode aumentar a PIC e ser até o evento precipitante de uma piora neurológica.

Proteção mucosa gástrica: o paciente vítima de TCE está sob risco de desenvolver úlcera de stress, e por isto administra-se Ranitidina oral ou venosa de 12/12 horas.

Anticonvulsivante: é administrado de rotina para prevenção de crises convulsivas naquelas lesões sabidamente irritativas ao sistema nervoso, como exemplo as contusões cerebrais, HSDA, fratura com afundamento, trauma penetrante, HSAT, entre outras. É administrado para tratamento de qualquer paciente, independente da lesão, que tenha apresentado um episódio de crise convulsiva após o trauma. Utiliza-se de rotina a fenitoína (250 mg/5 ml).

Administra-se uma dose de ataque de 15-20 mg/kg e manutenção de 5 mg/ kg dia, de 8/8 horas. Para cessar a crise inicial administra-se Diazepam 10 mg EV, devendo observar a depressão respiratória.

Manitol: trata-se de um agente hiperosmolar que reduz de maneira transitória a PIC. Não deve ser administrado em pacientes com hipotensão arterial.

Atualmente reservamos seu uso como medida de urgência para um paciente que chega à sala de emergência com sinais iminentes de herniação cerebral e que ainda vai submeter-se à propedêutica. Neste caso, administra-se na dose de 0,25 a 1g/Kg, em bolus. Corticóide não é indicado no paciente com TCE.

Hiperventilação: pode-se hiperventilar o paciente para diminuir a PCO₂ cerebral com consequente vasoconstrição e diminuição da PIC. Não deve ser realizada empiricamente pois esta vasoconstrição pode ser maléfica a ponto de causar isquemia cerebral. Estes pacientes devem estar no CTI, com monitor de PIC e PIA para se calcular a PPC. Deve-se passar um cateter de bulbo de jugular para se medir a diferença de O₂ que entra no compartimento craniano (gasometria arterial) e que sai pela jugular (saturação de O₂ jugular – SJO₂). Com isto podemos otimizar a hiperventilação de modo a evitar a isquemia cerebral.

VI. PROTOCOLOS DE INDICAÇÃO PARA TC/CTI E MONITORIZAÇÃO DA PIC

Indicação de TC: Glasgow < 15 – Presença de déficit neurológico; Sinais de fratura no RX crânio; Cefaleia/vômitos persistentes. Glasgow 15, mas perda da consciência > 5 minutos no momento do trauma.

Indicação de CTI: Glasgow < 12 – Pós-operatório cirurgia craniana (exceto afundamento craniano e HEDA). Deterioração neurológica progressiva.

Trauma sistêmico grave. Necessidade de monitorização de PIC

Indicação para monitorização da PCI: Glasgow < ou igual a 8, independente do achado tomográfico

Pós-operatório de contusão cerebral, HSDA ou hematoma cerebral

Pós-operatório de HEDA se o paciente não acordar após 6 horas.

Glasgow 9 -13 se TC com sinais de HIC, lesão intraparenquimatosa ou desvio de linha média > 5 mm.

Glasgow 8 -12 se:

Necessita sedação para trauma sistêmico grave.

Trauma torácico que necessite ventilação mecânica prolongada.

TIPOS DE MONITORIZAÇÃO DE PIC:

- Subdural – Richmond
- Parenquimatoso – Fibra óptica
- Cateter intraventricular

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS. Colégio Americano de Cirurgiões. Oitava edição, 2008.
2. Merrit HH. A textbook of Neurology. Philadelphia, Lea and Febiger, 1973.
3. Stávale MA. Bases da terapia intensiva neurológica. São Paulo, 1a edição, Santos 1996.
4. Narayan RK, Wilberger JE, Povlishock JT. Neurotrauma. McGraw-Hill, 1995.
5. Braakman R. Survey and follow-up of 225 consecutive patients with a depressed skull fracture. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1972; 35:395-402.
6. Jennett B. Epilepsy after non-missile head injuries. London, A William Heinemann Medical Books, 1975.
7. Jennett B, Miller JD, Braakman R. Epilepsy after nonmissile depressed skull fracture. J Neurosurg, 1974.
8. Cooper PR. Head Injury. Third edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1993.
9. López M. Emergências Médicas, quinta edição, Rio de Janeiro, Guanabara, 1989: 714-726.
10. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery, third edition. Lakeland, Greenberg Graphics, 1994.

3.2.3 Protocolo de Tratamento Primário das Fraturas Expostas do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

INTRODUÇÃO/RACIONAL

Este protocolo é estruturado por classificação de doença (fratura exposta) com base em evidência clínica e tem como público-alvo: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de radiologia e assistente social.

Fratura exposta (FE) é aquela em que há comunicação entre o foco de fratura e o ambiente externo, geralmente através de uma lesão na pele.

Apesar dos avanços atuais no tratamento das lesões de partes moles e nas técnicas de estabilização das fraturas expostas, o índice de morbidade da afecção é alto, mesmo quando tratadas em serviços de referência.

Grande esforço tem sido realizado em todo o mundo para diminuir as complicações no tratamento das FE, principalmente, das infecções ósseas e dos retardos de consolidação que são intercorrências que elevam o tempo do tratamento, de retorno às atividades e os custos da instituição.

OBJETIVO

Uniformizar o atendimento e tratamento das fraturas expostas na rede.

Objetivos Específicos

- Priorizar a estabilização definitiva das fraturas expostas;
- Promover a consolidação adequada da fratura;
- Diminuir a incidência de complicações infecciosas, ósteo-articulares, musculares, vasculares e nervosas;
- Restaurar a funcionalidade do membro;
- Diminuir os custos no tratamento da doença.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO NO AMBULATÓRIO:

PESSOAL

Equipe em regime de plantão e composta por:

1. Ortopedistas;
2. Cirurgião Plástico;
3. Cirurgião Vascular;
4. Enfermeira pertencente à equipe de tratamento de fratura;
5. Equipe de Enfermagem;
6. Assistente Social;
7. Técnicos em Radiologia;
8. Técnico em Gesso.

MATERIAL

1. Material ortopédico padrão para imobilizações (talas descartáveis acolchoadas e modeláveis; tração cutânea adequada);
2. Material de curativos;
3. Serviço de radiologia convencional com arco cirúrgico (intensificador com memória de imagem na sala de politraumatizados);
4. Material de documentação (máquina fotográfica digital para fins científico e médico-legal).

NO BLOCO CIRÚRGICO:

PESSOAL

1. Ortopedistas pertencentes à equipe de tratamento de fratura exposta;
2. Anestesiologistas;
3. Técnicos de Radiologia;
4. Equipe de Enfermagem da sala de fratura exposta com instrumentador especializado.

MATERIAL

1. Salas adequadas para tratamento de fratura exposta. (Ante-sala para limpeza e preparo do paciente anexo à sala de cirurgia);
2. Intensificador de Imagens (Arco cirúrgico com gravação digital e impressão de imagem);
3. Furadeiras elétricas com bateria recarregável e serra de osso;
4. Instrumental cirúrgico;
5. Material anestésico habitual;
6. Medicamentos.
7. Implantes para estabilização das fraturas (placas e hastes intramedulares de última geração);
8. Material convencional de imobilização de fraturas.

NA ENFERMARIA:

PESSOAL

1. Ortopedistas;
2. Equipe de Enfermagem. A enfermeira responsável pela unidade de fratura exposta também acompanhará o paciente internado;
3. Técnico de radiologia;
4. Fisioterapeuta;
5. Terapeuta Ocupacional;
6. Técnico de radiologia;
7. Clínico geral;
8. Representante da SCIH;
9. Nutricionista.

MATERIAL

1. Camas com quadro balcânico;
2. Equipamento de tração (pesos, roldanas, cordas, elevadores do pé da cama);
3. Material para curativo;
4. Medicamentos;
5. Almofadas e travesseiros;
6. Cadeira de roda para banho e usual;
7. Maca ortostática.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

CONCEITOS BÁSICOS DE TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS:

NO LOCAL DO ACIDENTE

1º atendimento: no local do acidente e conduzidos ao Hospital pelas unidades do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), segundo as regras do **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**.

NO AMBULATÓRIO DO PRONTO ATENDIMENTO

1. Acolher as fraturas expostas em caráter de emergência;
 2. Proteger adequadamente a fratura de novas contaminações (cobertura com gase estéril);
 3. Avaliação: I – Cirurgia do trauma, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ortopedia:
 - Identificar lesões;
 - Coletar história;
 - Solicitar exames;
 - Solicitar reserva de sangue quando necessário;
 - Preencher formulário de atendimento (**APÊNDICE I**);
 - Classificar o tipo de fratura segundo **Gustilo et al. e Tscherne (ANEXOS I,II)**;
 - Usar o índice do **Mangled Extremity Severity Score** para tomada de posição entre a salvação e a amputação do membro. (**MESS – APÊNDICE II**).
- Obs.:** A cirurgia deve ser realizada sempre em bloco cirúrgico (ambiente estéril) dentro das primeiras 6 horas após a fratura.
4. Antibioticoterapia venosa. Iniciar no pré-operatório (**APÊNDICE III** e protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica);
 5. Profilaxia de tétano;
 6. Exames complementares de rotina para cada tipo de fratura;
 7. Documentação por imagem digital da lesão e da radiografia.

NO BLOCO CIRÚRGICO

1. Anestesia conveniente ao caso;
2. Reclassificar a fratura e as lesões de partes moles:
 - Decisão por amputação do segmento;
 - Solicitar segunda opinião, inclusive do cirurgião vascular;
 - Fotografar o membro;
 - Enviar a peça de amputação para o IML;
 - Assinatura dos médicos avaliadores.
3. Realizar o desbridamento – remoção de todos os tecidos desvitalizados, incluindo pele, músculos, ossos e corpos estranhos.
4. Irrigação – Limpeza mecânica abundante com soro fisiológico 0,9%, utilizando volume mínimo de 10 litros.
5. Estabilização – Fazer a opção mais adequada de fixação. Utilizar sempre que indicado a fixação intramedular precoce. Nas fraturas diafisárias dos MMII evitar ou abolir a TTE.

Obs.:

Fraturas do tipo I de Gustilo: realizar a mesma estabilização das fraturas fechadas.

Hastes intramedulares não devem ser frezadas ou ter frezagem mínima do canal.

Fraturas tipo II e III – A: fixar interna ou externamente, sendo a osteossíntese escolhida com base na classificação da fratura, lesões das partes moles, condições do paciente.

Fraturas tipo III-B e III-C:

- 1º TEMPO: estabilizar com fixador externo biplanar com recursos de correção de desvio de eixo que permita melhor tratamento das partes moles;

- 2º TEMPO: osteossíntese definitiva dentro do prazo máximo de 15 dias.

Osteossíntese híbrida com fixação minimamente invasiva pode ser acrescentada nas fraturas epífise/metafisárias.

Montagens transarticulares e fixador externo híbrido podem ser opções para as fraturas peri-articulares;

Fratura exposta da pelve com lesão de alça intestinal:

- Indicação de fixador externo e colostomia. Nas fraturas com lesão arterial ocorrida em menos de 6 horas a osteossíntese deve preceder a revascularização. Nas fraturas expostas passíveis de fixação interna, deve-se considerar o segmento ósseo fraturado.

Fraturas articulares e epifisárias:

- Fixar rigidamente com placas, parafusos, fios, com técnica minimamente invasiva e pouco implante.

Fraturas metafisárias:

- Fixação com placas e na região diafisária a osteossíntese deve ser feita com hastas intramedulares (preferencialmente) ou placasponte.

Fraturas no membro superior:

- Fraturas diafisárias dos ossos longos: usar placas. O enxerto ósseo esponjoso não está indicado na fase aguda.

TRATAMENTO DAS PARTES MOLES

Após o desbridamento inicial com a finalidade de cobrir ossos, tendões, nervos, vasos.

Fechamento primário:

- Nas seguintes condições:

1. Sutura sem tensão;

2. Ausência de espaços mortos, tecidos viáveis, desbridamento completo com ferida limpa. Geralmente as fraturas do tipo I de Gustilo podem ter sutura primária de pele.

Fraturas do tipo II e III:

- Avaliação do cirurgião. Fraturas do tipo III devem ser deixadas abertas.

Havendo boas condições o fechamento retardado pode ser feito em 3 a 7 dias.

Havendo tecido desvitalizado residual, novos desbridamento devem ser feitos a cada 48-72 horas. O fechamento retardado pode ser realizado com sutura direta, enxerto livre de pele, retalho local ou retalho distante.

Nesses casos, o tratamento das partes moles é assumido pela Clínica de Cirurgia Plástica.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

As fraturas expostas provocadas por projétil de arma de fogo seguem protocolo abaixo:

- Projétil de baixa velocidade, baixa energia e baixo impacto (menos de 500 metros/segundo). Armas civis:

- Cuidados locais com o ferimento em bloco cirúrgico e tratamento das fraturas com o protocolo indicado para as mesmas como se fossem fraturas fechadas;

- Protocolo de antibioticoterapia para fraturas Tipo I de Gustilo;

- Se for realizada fixação interna, deve-se remover o projétil do foco de fratura.

- Projétil de alta velocidade, alta energia e alto impacto (mais de 600 metros/segundo).

Armas de guerra, exército:

- Desbridamento e irrigação usual para fraturas expostas;

- Busca completa por corpo estranho;

- Remover projétil intra-articular e do foco de fratura;

- Osteossíntese externa ou interna de acordo com o caso;

- Protocolo de antibioticoprofilaxia e antibioticoterapia para fraturas Tipo III de Gustilo;

- Reparo vascular, se necessário, após a osteossíntese;

- Tratamento de pele de rotina para fraturas expostas;

- Déficit neurológico distal isolado não necessita de exploração.

O cirurgião poderá modificar o procedimento levando em conta variáveis como ferimento grosseiramente contaminado, características do projétil, energia cinética, estabilidade, características da entrada, do trajeto percorrido através do corpo e das características biológicas do tecido lesado.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS DA MÃO

1. As fraturas expostas da mão são tratadas pela Clínica de Cirurgia da Mão com protocolo próprio;
2. Todos pacientes portadores de fratura exposta devem ser internados;
3. Após o tratamento de urgência o paciente com fratura exposta atendido no HJXXIII, da Rede FHEMIG, deverá ser transferido para os hospitais de atendimento ortopédico terciário da Instituição para continuação do tratamento.

ITENS DE CONTROLE

1. Cirurgia nas primeiras seis horas;
2. Taxa de infecção;
3. Tempo de permanência hospitalar;
4. Número de procedimentos após o tratamento inicial.

SIGLAS

FE – Fratura Exposta

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

ATLS – Advanced Trauma Life Support

MESS – Mangled Extremity Severity Score

MMII – Membros Inferiores

TTE – Tração Trans-esquelética

REFERÊNCIAS

1. Brumback RJ. Open Tibial Fractures: Current Orthopaedic Management. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons. St. Louis, C.V. Mosby 1992.
2. Brumback RJ, Jones AL. Interobserver agreement in the classification of open fractures of the tibia. The result of a survey of 245 orthopaedic surgeons. J Bone and Joint Surg 1994.
3. Chapman MW, Olson SA. Open fractures, in Rockwood and Green`s Fractures in Adult-Edited by C. A. Rockwood, Jr., D.P Green, R.W. Bucholz and J.D. Heckman Ed 4, Philadelphia: Lippincot-Raven, 1996.
4. Gustillo RB, Anderson JT. Prevention of Infection in the treatment of one thousand and twenty five open fractures of long bones. Retrospective and prospective analyses. J Bone and Joint Surg 1976.

5. Gustillo RB, Merkow RL, Templeman D. Current concepts review, the management of open fractures. *J Bone and Joint Surg* 1990.
6. Gustillo RB, Mendosa RM, Williams DN. Problems in the management of type III open fractures. A new classification for type III fractures. *J Trauma* 1984.
7. Helfet DL *et al.* Limb salvage versus amputation. Preliminary results of the mangled extremity severity score. *Clin Orthopaedic*.
8. Maurer DJ, Merkow RI, Gustillo RB: Infection after intramedullary nailing of severe open tibial fractures initially treated with external fixation. *J Bone and Joint Surg* 1989.
9. Muller M.E., Allgöwer M., Schneider R., Willenegger H.; *Manual of Internal Fixation*. Berlin, Springer Verlag, 1991.
10. Norris BL, Kellam JF. Soft-tissue injuries associated with high energy extremity trauma: principles of management. *J of The Am Acad of Orthop Surg* 1997.
11. Olson SA. Open fractures of the tibial shaft. Current treatment. *Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons*. *J Bone and Joint Surg* 1996.
12. Patzakis MJ, Harvey JP, Ivler D. The role of antibiotics in the management of open fractures. *J Bone and Joint Surg* 1974.
13. Sanders R, Swiontkowski M, Nunley J, Spiegel P. The management of fractures with soft-tissue disruptions. *Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedics Surgeons*. *J Bone and Joint Surg* 1993.
14. Tsherne H, Gotzen L. *Fractures with soft tissue injuries*. Berlin: Springer-Verlag, 1984.
15. Paccola CAJ. Fractures expostas: artigo de atualização. *Rev Bras Ortop* 2001.
16. Clifford RP. Open fractures, *AO principles of fracture management*. Ed. Ruedi, T.P.; Murphy, W.M. Thieme, 2000.
17. Lourenço PRB, Franco JS. Atualização no tratamento das fraturas expostas. *Rev Bras Ortop* 1998.
18. Christian CA. General principles of fracture treatment. In: *Campbell's Operative Orthopaedics*(ed) S.T. Canale. Ninth Edition Mosby 1998.
19. Bhandari M, Guyatt GH, Swiontkowski MF Schemitsch EH. The treatment of open fractures of the shaft of the tibiaa sistematic overview and meta-analysis. *J Bone and Joint Surg* 2001.
20. Bartlett CS, Helfet DL, Hausman MR, Strauss F: Ballistics and gunshot wounds: effects on musculoskeletal tissues. *J Am Acad. Orthop Surg* 2000..
21. Cunha, FM, Braga GF, Drumond Jr. SN, Figueiredo CTO. Estudo epidemiológico de 1212 fraturas expostas. *Rev Bras Ortop*, 1998.
22. Cunha FM, Braga GF, Abrahão LC, Vilela JCS, Silva CEL. Fraturas expostas em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ortop*, v.33, p. 431-435, 1998.

ANEXOS

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO DOS PORTADORES DE FRATURA EXPOSTA

Nome:	Registro:
Sexo: M () F ()	Idade: Profissão:
Data/hora admissão:	Data/hora lesão:
Transportado por:	<input type="checkbox"/> Resgate <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Polícia <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de trauma:	<input type="checkbox"/> Alto impacto <input type="checkbox"/> Baixo impacto
Mecanismo da lesão:	<input type="checkbox"/> Ac. automobilístico <input type="checkbox"/> Ac. moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de altura <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Outro
Qual?	
Relato sucinto:	
Lesões associadas:	
Descrever propedêutica:	

Antibioticoprofilaxia:	() Cefalotina () Cefazolina () Gentamicina () Metronizadol
Classificação de Gustilo:	() Tipo I () Tipo II () Tipo III-A () Tipo III-B () Tipo III-C
Classificação de Tscherne:	() Grau 1 () Grau 2 () Grau 3 () Grau 4
Índice MESS:	pontos
Lesão vascular: Sim () Não ()	Lesão nervosa: Sim () Não ()
Traço:	() Transv. () Obliq. () Borbol. () Cominut. () Segm. () Helicoid. () Outros
Localização:	() Epífise () Diáfise () Metáfise
Osso(s) acometido(s):	
Hora do início da cirurgia:	Final da cirurgia:
Torniquete: Sim () Não ()	Tempo de torniquete:
Fechamento da ferida: Sim () Não ()	Cobertura primária: Sim () Não ()
Método de estabilização: () Haste IM bloq () Haste IM () Osteossíntese Híbrida () Gesso () Outros	Frezagem: () Sim () Não () Placa e parafuso () Fixador externo
Procedimentos associados:	
Cirurgião:	CRM:
Enfermeira:	COREN:
Destino após alta:	

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DE FRATURAS EXPOSTAS DE ACORDO COM GUSTILO:

Tipo I – Fratura exposta com lesão de pele igual ou inferior a 1 cm, com mínima lesão de partes moles e aparentemente limpa;

Tipo II – Fratura exposta com laceração maior que 1 cm, associada a trauma moderado e lesões de partes moles;

Tipo III – Fratura exposta com lesão extensa de tecidos moles e esmagamento, causadas por mecanismo de alto impacto.

A – Fratura com adequada cobertura de tecidos moles a despeito da extensa laceração;

B – Fratura com extensa lesão de partes moles, grande descolamento periósteo e maciça contaminação;

C – Fratura com lesão vascular que necessite de reparo.

ANEXO II

CLASSIFICAÇÃO DE TSCHERNE E GOTZEN PARA LESÃO DE PARTES MOLES EM FRATURAS EXPOSTAS:

Grau 1 – Laceração cutânea por fragmento ósseo perfurante; nenhuma ou pouca contusão da pele; fratura usualmente simples.

Grau 2 – Qualquer tipo de laceração cutânea com contusão simultânea circunscrita ou contusão de partes moles e moderada contaminação; qualquer tipo de fratura.

Grau 3 – Grave dano às partes moles, frequentemente com lesão vasculonervosa concomitante, fraturas acompanhadas de isquemia e grave cominuição; acidentes em ambientes rurais e contaminados com material orgânico; síndrome de compartimento.

Grau 4 – Amputação traumática total ou subtotal, necessitando reparo arterial para manter vitalidade do membro distalmente.

APÊNDICE II

ÍNDICE DE MESS

Tipo	Características	Lesões	Pontos
Grupo de lesões esqueléticas e de partes moles			
1	Baixa energia	Ferida cortante, fratura simples fechada, projétil de arma de fogo de pequeno calibre.	1
2	Média energia	Fraturas múltiplas ou exposta, luxação, lesão por esmagamento moderada.	2
3	Alta energia	Explosão por arma de fogo, ferida de arma de fogo de alta velocidade.	3
4	Esmagamento maciço	Queda de árvore, acidente de trem, soterramento.	4
Grupo de choque			
1	Hemodinamicamente normotenso	Pressão estável.	0
2	Hipotensão transitória	Pressão instável, mas respondendo a infusão de líquido intravenoso.	1
3	Hipotensão Prolongada	Pressão sistólica abaixo de 90 mmHg e respondendo a infusão de líquido intravenoso somente na sala de operação.	2
Grupo isquêmico			
1*	Ausência	Pulso sem sinais de isquemia.	0*
2*	Leve	Pulso diminuído sem sinais de isquemia.	1*
3*	Moderada	Sem pulso por Doppler, enchimento capilar lento, parestesia, diminuição da atividade motora.	2*
4*	Grave	Sem pulso, membro frio, paralisado e entorpecido, sem preenchimento capilar.	3*
Grupo etário			
1	< 30 anos		0
2	> 30 < 50 anos		1
3	> 50 anos		2

*Multiplicar por 2 se a isquemia tiver mais de 6 horas.

Membros com escore de 7 a 12 pontos geralmente requerem amputação. Membros com escore entre 3 e 6 pontos usualmente são viáveis.

APÊNDICE III

ANTIBIOTICOPROFILAXIA E ANTIBIOTICOTERAPIA:

A utilização de antibiótico profilático é sempre realizada, iniciando-se no pré-operatório.

É seguido o seguinte esquema:

FRATURA EXPOSTA TIPO I DE GUSTILO.

Opção 1: Cefalotina 2 gramas por via endovenosa de 4/4 horas, com a primeira dose aplicada na sala de politraumatizados.

Opção 2: Cefazolina 1 grama por via endovenosa de 6/6 horas, com a primeira dose aplicada na sala de politraumatizados.

- Doses seguintes:

- a) Cefalotina 2 gramas por via endovenosa de 4/4 horas;
- b) Cefazolina 1 grama por via endovenosa de 6/6 horas.

FRATURA EXPOSTA TIPOS II E III

- a) Cefalotina ou Cefazolina na mesma dose do Tipo I;
- b) Gentamicina adulto 240 mg por via endovenosa de 24/24 horas (máximo de 5 dias).

FRATURAS EXPOSTAS SUJAS E DE ÁREA RURAL.

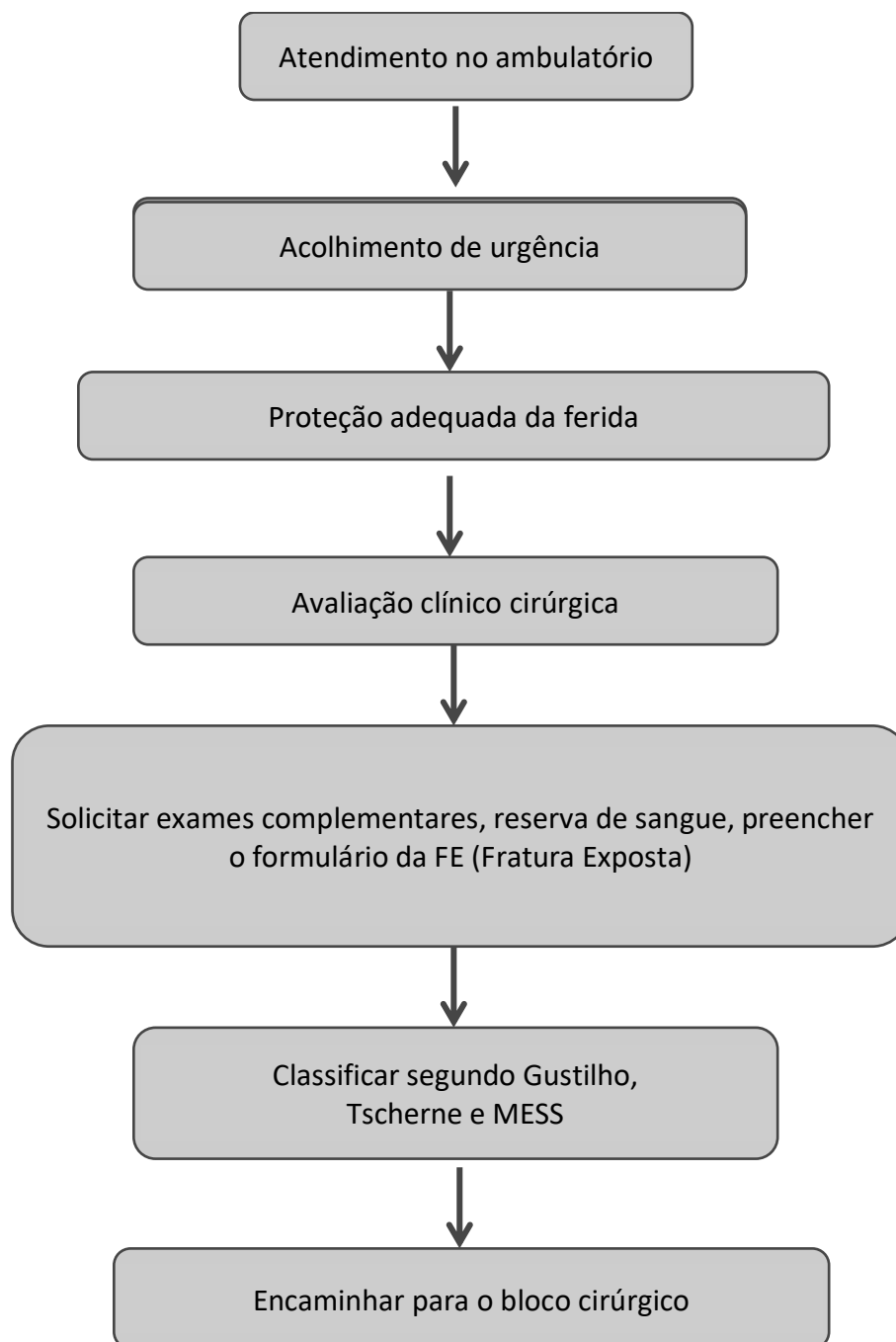
Mesmo esquema dos Tipos I, II e III, associado a:

- a) Metronizadol 500 mg por via endovenosa de 6/6 horas ou a Clindamicina 600 mg por via endovenosa de 6/6 horas;
- b) Gentamicina dosagem acima.

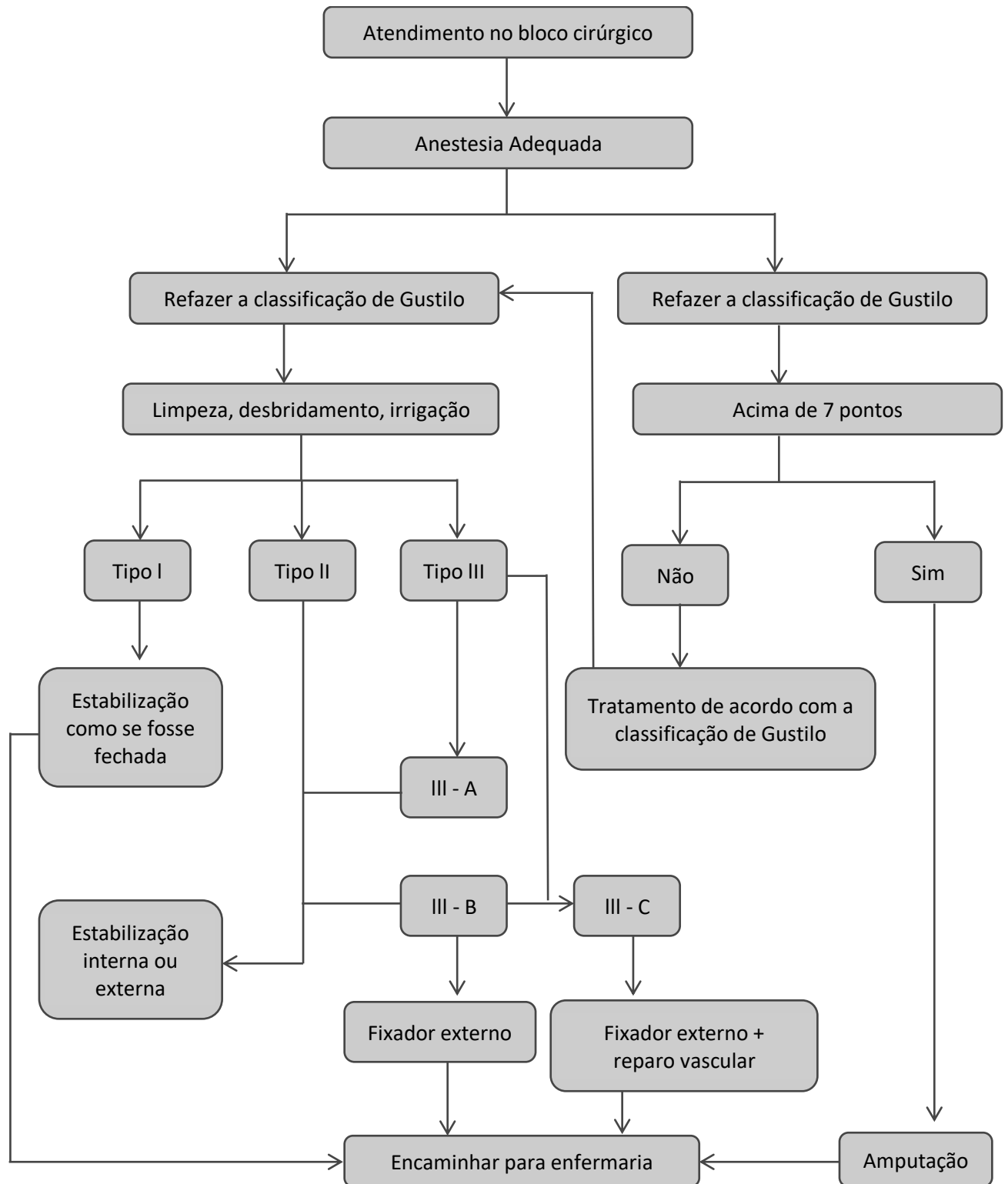
OBSERVAÇÕES:

- a) As fraturas expostas Tipos I e II devem ter antibioticoprofilaxia para bactérias gram positivas e gram negativas;
- b) Nas fraturas expostas Tipo III pode-se adicionar cobertura para bactérias anaeróbicas;
- c) A antibioticoprofilaxia por 72 horas só é usada para traumatismos até 6 horas. Após 6 horas já se considera a ferida como infectada (passando ser Tipo III ou fratura exposta infectada). Nesse caso, deverão ser realizados cultura e antibiograma para adequarmos o antibiótico;
- d) Havendo infecção na ferida, culturas são realizadas e a antibioticoterapia é ajustada. Nesses casos, são utilizados protocolos da SCIH.

FRATURA EXPOSTA



FRATURA EXPOSTA



3.2.4 Cuidados com o Paciente em Morte Encefálica ou Suspeita de Morte Encefálica do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

INTRODUÇÃO/RACIONAL

O Brasil está inserido no cenário mundial dos transplantes de órgãos há cerca de 40 anos. 90% destes procedimentos ocorrem através do Sistema Único de Saúde. A relação adequada de doadores por milhão da população (pmp) no mundo gira em torno de 16. No Brasil houve um decréscimo nos últimos dois anos de 7 doadores pmp para 5,8 doadores pmp. O número de possíveis doadores não diminuiu, entretanto, de alguma forma os cuidados pouco adequados inviabilizam os testes necessários para a confirmação da morte encefálica a tempo de ocorrer doação e, geralmente, os possíveis doadores evoluem para falência múltipla de órgãos e sistemas com parada cardiorrespiratória.

O diagnóstico de morte encefálica é normatizado pela resolução **CFM nº. 1.480/1997 e uma sucessão de leis desde 1968 até a atual Lei 10.211 de março de 2002.**

OBJETIVOS

Capacitar a equipe médica para a busca ativa e identificação de pacientes em ME. Habilitar a equipe médica a realizar os protocolos de diagnóstico de confirmação e teste de apneia.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem aos cuidados intensivos aos pacientes com suspeita clínica ou já com diagnóstico de ME.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem a prever e reconhecer as principais complicações nos pacientes com suspeita clínica ou em ME para pronta reversão das mesmas.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem para estabelecer o diagnóstico de ME em, no máximo, 30 horas em pacientes com sedação prévia e em 12 horas naqueles sem sedação.

Habilitar a equipe de saúde quanto à consciência cívica do papel da doação, mas sem interferir no processo de captação que cabe as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDO, uma vez que configura conflito ético o médico assistente interferir no processo de doação.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

MATERIAL E EQUIPAMENTOS

1. Monitor padrão com módulos de entrada para registro eletrocardiográfico, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, pressão venosa central, pressão intra-arterial e temperatura corporal externa e interna;
2. Módulos e domes para entrada de dados de monitorização como os citados acima;
3. Cateteres em silicone com dupla via para linha venosa central e arterial pela técnica de Selding;
4. Bomba de infusão de medicamentos capaz de trabalhar com volumes pequenos como 0,5 ml/hora;
5. Cateteres para bomba de infusão para fluidos e medicamentos;
6. Estoque de equipo fotossensível;
7. Cateteres para infusão de medicamentos e suas adaptações de vias;
8. Estoque de agulhas (13x4, 25x7, 25x8 e 40x12);
9. Estoque de jelco (24, 22, 20, 18, 16 e 14);
10. Estoque de seringas (1, 3, 5, 10 e 20 ml);
11. Estoque de sondas nasogástricas (14, 16, 18 e 20);
12. Estoque de sonda vesical de demora e sistema coletor fechado (10, 12, 14 e 16);
13. Tubos orotraqueais (5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5, 9 e 9.5);
14. Ventilador mecânico com capacidade de monitorizar volume e pressão;
15. Manta térmica para aquecimento através de circuito de ar;
16. Aparelho de microondas para aquecer fluidos;
17. Estoque de fita adesiva e fita antialérgica (micropore);
18. Estoque de pacotes de gazinha, gaze aberta e compressas cirúrgicas estéreis;
19. Estoque de caixas de luvas de procedimentos;
20. Estoques de luvas estéreis (6.5, 7, 7.5, 8 e 8.5);
21. Estoque de gorro, máscara e propé descartáveis;
22. Estoque de capotes e campos estéreis para procedimentos;
23. Manter sempre duas bandejas de pequenos procedimentos disponíveis;
24. Estoque de soluções iodadas degermantes, tópicas, álcool 70% e clorexidine;
25. Estoque de soluções para infusão como: frascos de 500 e 1000 ml de água bidestilada, frascos de 500 ml de ringer lactato, soro glicosado isotônico e soro fisiológico 0,9%;
26. Estoque de soluções de coloide sintético em frascos de 500 ml;
27. Estoque de substância de controle eletrolítico como:

- a. NaCl 10% frascos de 10 ml.
- b. KCl 10% frascos de 10ml.
- c. Sulfato de magnésio 50% frascos de 20 ml.
- d. Gluconato de cálcio 10% frascos de 20 ml.
- e. Bicarbonato de sódio 8,4 mEq frascos de 250 ml.
- f. Glicose hipertônica 50% frascos de 10 e 20 ml.
- g. Frasco ampola de insulina regular com 10 ml e 100U/ml.

28. Estoque de substâncias vasoativas:

- a. Dobutamina 1 ampola de 20 ml (12,5mg/ml): cada duas ampolas diluídas em 460 ml de soro, correspondem a 1000 µg/ml.
- b. Dopamina em 1 ampola com 10 ml com 5 mg/ml. Quando diluídas duas ampolas em 480 ml de soro corresponde a 200 µg/ml.
- c. Noradrenalina: 1 ampola (na forma de bitartarato) com 4 ml contém 4 mg. A ser preparada de acordo com a seguinte fórmula: velocidade de infusão (ml/h) = dose (µg/kg/min) x peso x 60 + concentração da solução em µg/ml.

29. Outras drogas:

- a. Nitroprussiato de sódio (Nipride®): 1 frasco ampola = 50 mg + 2ml de SGI5% (diluyente). O cálculo da diluição para 24 horas deve ser feito conforme segue: peso do paciente x taxa de infusão em (µg/ kg/min) x 1,44 divididos.

25. Rediluir esse volume em SGI5% para completar o volume a ser usado em 24 horas.

- b. Dipirona sódica ampolas com 2 ml contendo 500 mg/ml. Diluir em 8 ml de ABD.
- c. Desmopressina (DDAVP). Spray nasal com 0,1 mg/ml ou ampola com 4 µg/ml.
- d. Hidrocortisona. Frasco ampola contendo 100 e 500 mg.
- e. Ranitidina em ampolas contendo 50 mg a serem diluídas em 18 ml de ABD.

Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica.

PESSOAL NECESSÁRIO

1. MÉDICO (A): responsável por Serviço de Assistência à Vida.

- a. Responsável por rever os protocolos.
- b. Responsável por passar visitas nos leitos, ajudando a equipe a se manter atualizada e estimulada.
- c. Responsável por representar os interesses desse tipo de atendimento aos coordenadores e à direção.
- d. Profissional responsável pela orientação das equipes que acompanhem, porventura, pacientes em ME.

2. MÉDICOS(AS) PLANTONISTAS:

- a. Responsáveis pelo andamento dos plantões, pelos cuidados intensivos de cada um dos pacientes em suspeita clínica de morte encefálica.
- b. Responsável por manter relação estreita com a família, fazendo a ponte com o MG Tx e com a Neurologia por ocasião do segundo teste.
- c. É desejável ter perfil dinâmico e compreender a importância do seu papel na sociedade.

3. NEUROLOGISTAS/NEUROCIRURGIÕES:

- a. Fazem parte diretamente da equipe e são responsáveis pelo diagnóstico de morte encefálica, analisando o EEG e realizando o segundo teste de apneia, seis horas após o primeiro teste, independentemente da hora.

4. ECOCARDIOGRAFISTA:

- a. Médico especialista disposto a levar com sua equipe o aparelho de ecocardiografia ao local da realização do exame, devido à instabilidade clínica dos pacientes para o transporte.

5. INFECTOLOGISTA (CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR):

- a. Deverá ser chamado para discussões que envolvam o seu parecer nos casos de infecções e necessidade de uso racional de antibioticoterapia pelos possíveis e potenciais doadores.

6. MÉDICO(A) COORDENADOR GERAL DO PLANTÃO:

- a. Responsável pela intermediação entre os especialistas quando necessário.

7. MÉDICO (A) RESIDENTE:

- a. Poderá ser convidado a passar período de treinamento.
- b. Desenvolverá habilidades técnicas para procedimentos invasivos.
- c. Participará de atividades teóricas para o trato com a perda (morte), humanização, discussões sobre o manejo de pacientes com suspeita clínica e morte encefálica, capacitação em realizar o primeiro teste de apneia, aspectos psicológicos da morte e a importância da doação de órgãos como única alternativa de tratamento para alguns pacientes.

8. ENFERMEIRO (A):

- a. Responsável pelo check list dos equipamentos.
- b. Responsável pela organização e gerenciamento da equipe de enfermagem por ocasião da admissão, manutenção dos pacientes e doação.
- c. Responsável por receber equipes para visita técnica e treinamento dos acadêmicos de enfermagem.

9. TÉCNICOS DE ENFERMAGEM:

- a. Profissionais treinados para lidar com pacientes de terapia intensiva. Devem ser dinâmicos e bem dispostos, mantendo os cuidados e a monitoração contínua desses pacientes, entendendo a importância do seu trabalho.
- b. Equipe treinada para a função de multiplicadores quanto a importância do atendimento adequado a esse grupo de pacientes.

10. FISIOTERAPEUTAS:

- a. Envolvidos no auxílio aos pacientes com complicações respiratórias como por exemplo: os que sofreram trauma torácico associado, aqueles com produção abundante de secreção seja por infecção ou outras razões, aqueles com quadros de atelectasia e outros cujo médico assistente julgar necessário solicitar apoio.

11. PSICÓLOGOS:

- a. Responsáveis pelo auxílio e apoio às famílias e aos profissionais diante das perdas.
- b. Devem estar presente durante as visitas e durante o boletim médico.
- c. Atender os filhos menores de pacientes internados e estabelecer junto às famílias a possibilidade ou não de visita.

12. ASSISTENTE SOCIAL:

- a. Responsável pela organização da visita aberta e humanizada.
- b. Responsável pelo acolhimento de famílias sem recursos e vindas do interior.
- c. Responsável pelas informações de procedimentos junto ao IML e ações em cartório no caso de morte não violenta.

13. EQUIPE DO REGISTRO E PORTARIA:

- a. Profissionais treinados como já descrito em projetos voltados a humanização no auxílio da visita aberta e humanizada.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

ATENDIMENTO AOS PACIENTES

ADMISSÃO NA SAV (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À VIDA)

Procedimentos Iniciais

É essencial que a equipe seja representada por um coordenador, responsável em reunir sua equipe nas ações de um protocolo, capaz de estabelecer rapidamente o diagnóstico de ME. A equipe deve ter um coordenador pró-ativo, sempre atualizado, dinâmico, envolvido na busca ativa e condução dos casos, independentemente do setor onde o paciente estiver.

É preciso reconhecer um possível doador como um paciente em que há suspeita clínica de morte encefálica ainda não confirmada. São aqueles pacientes com ECG 3, sem reflexos de tronco e sem sedação por mais de 24 horas.

Como potencial doador, o diagnóstico de ME deve ser estabelecido com dois testes de apneia, sendo um deles realizado pelo neurocirurgião e o outro pelo registro em silêncio do EEG. Para fins de acompanhamento ambos devem ter o mesmo tratamento intensivo e cuidados. Ao serem admitidos como pacientes de SAV, UTI ou outra unidade, os seguintes passos devem ser seguidos:

1. Confirmar o diagnóstico que causou a ME;
2. Checar se há exame de imagem. Por exemplo, tomografia de encéfalo;
3. Confirmar a Escala de Coma de Glasgow e seu valor 3;
4. Confirmar a inexistência de reflexos de tronco ou supraespinhais;
5. Monitorar o paciente (inicialmente monitoração não invasiva).
6. Avaliar o posicionamento do tubo orotraqueal e se há necessidade de trocá-lo;
7. Avaliar os parâmetros da ventilação mecânica e se há necessidade de ajustá-los;
8. Passar SNG e mantê-la aberta em coletor;
9. Passar SVD em sistema fechado;
10. Realizar a bateria de exames estabelecidos para a admissão na tabela 1;
11. Realizar procedimentos para monitoração invasiva:
 - a. Puncionar acesso venoso central para medida de PVC e se houver a necessidade administrar droga inotrópica;
 - b. Puncionar acesso arterial para medida de pressão intra-arterial.
12. Após a higiene dos olhos com soro fisiológico 0,9%, manter as pálpebras cerradas com fita antialérgica (micropore) e pingar uma gota de colírio de lágrima artificial a cada seis horas.

TESTES COMPLEMENTARES UTILIZADOS PARA DOADORES DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS:

Tabela 1 – Exames

Gerais e obrigatórios para todo doador de órgãos

Eletrólitos: (Na, K, Cl, Ca, Mg, P), hemograma, gasometria arterial, ureia, creatinina, duas amostras de hemocultura em sítios diferente.

Doador de fígado: AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas, LDH, coagulograma.

Doador de rins: EAS, urocultura.

Doador de coração: CPK-MB, troponina, ECG 12 canais, ecocardiografia e, se acima de 45 anos, cineangiocoronariografia.

Doador de pâncreas: amilase, lipase.

Doador de pulmões: gasometria arterial, RX de tórax.

Sorologia: responsabilidade CNCDO

CONFIRMAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA (ME)

A morte encefálica é um processo irreversível. Para caracterizar a morte encefálica é necessário que:

1. O paciente esteja em ECG 3 por causa conhecida, ausência dos reflexos supraespinhais e sem sedação há mais de 24 horas;
2. Que seja feito um registro de imagem com, pelo menos, tomografia computadorizada ou outro registro que possa caracterizar a morte encefálica, como o eletroencefalograma;
3. Realizar dois testes de apneia. Um deles é realizado por um médico neurologista ou neurocirurgião, conforme a **Resolução do CFM nº 1.480/1997** e seguindo protocolo já estabelecido para o diagnóstico de morte encefálica.

AValiação CLÍNICA

A avaliação clínica visa evitar as principais complicações descritas na literatura.

Os possíveis doadores devem ser monitorados clinicamente de forma invasiva e complementar de acordo com os seguintes parâmetros:

Monitorização

Frequência cardíaca

Temperatura axilar

Oximetria

Pressão venosa central

Pressão intra-arterial

Diurese e balanço hídrico

ECG

Gasometria

Íons (Na, K, Cl, Mg, P, Ca)

Dados de ventilação mecânica e suas alterações

Essa monitoração deve ser anotada sistematicamente de hora em hora e corrigida para evitar transtornos metabólicos de difícil correção.

ITENS DE CONTROLE

Os itens de controle serão avaliados a partir do seguinte tripé: atenção da equipe médica e de enfermagem; satisfação da família ou responsáveis pelos pacientes com acolhimento humanizado e o aumento da captação pelo MG Tx.

1. 65% dos diagnósticos de ME são fechados em 30 horas se o paciente estiver sedado, e em 12 horas se ele estiver sem sedação;
2. Índice superior a 65% de satisfação. Resultado obtido em questionários aplicados aos familiares e responsáveis. Na escala, a pontuação 6 significa excelente;
3. Comparação dos resultados antes e após a utilização do POP. Aumento de 65% da captação em um ano.

SIGLAS

BIC - Bomba de Infusão Contínua

CNCDO - Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

ME - Morte Encefálica

MG Tx - MG Transplantes

PIA - Pressão Intra-arterial

PVC - Pressão Venosa Central

SAV - Serviço de Assistência à Vida

SEC - Setor de Emergências Clínicas

SRPO - Sala de Recuperação Pós-operatório

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

CPK - Creatinofosfoquinase

CPK-MB - Creatinofosfoquinase Fração MB

ALT - Alanina Aminotransferases

AST - Aspartoaminotransferases

FA - Fosfatase Alcalina

LDH - Desidrogenase Lática

GGT - Gama Glutamil Transferase

ECG - Escala de Coma de Glasgow ou Eletrocardiograma, dependendo do contexto

REFERÊNCIAS

1. Pereira, WA. História dos Transplantes in Pereira, WA. Manual de Transplante de órgãos e tecidos. Guanabara Koogan. 2004. 3ª. Edição.
2. Cardoso, MA e Matos, NA. Aspectos legais e éticos in Pereira, WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. Guanabara Koogan. 2004. 3ª Edição.
3. ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. 2006. Ano XII. Nº. 1. B.
4. Almenar-Pertejo, M, Almenar, L, Martinez-Dolz, L, Campos, J, Galán, J, Gironés, P, Salvador, A. Study of the evolution of the clinical profile of heart donors. Transplantation Proceedings. 2006.
5. Pereira, WA, Fernandes, RC, Soler, WV. I reunião de diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. 2003.
6. Ribeiro de Castro, MC, Nothen, RR. Atividade de doação de órgãos em unidades de tratamento intensivo (UTIs). 2005. Publicação da ABTO.
7. Wijdicks, EFM and Atkinson, JLD. Brain Pathophysiologic Responses to Brain Death in Brain Death. 2001.

8. Schnuelle P, Berger S, De Boer J, et al: Effects of catecholamine application to - dead donors on graft survival in solid organ transplantation. Transplantation 2001.
9. Marques RG, Rogers J, Chavin KD, et al: Does treatment of cadaveric organ donors with desmopressin increase the likelihood of pancreas graft thrombosis? Results of a preliminary study. Transplant Proc 2004.
10. Roels L, Pirenne J, Delooz H, et al: Effect of triiodothyronine replacement therapy on maintenance characteristics and organ availability in hemodynamically unstable donors. Transplant Proc, 2000.
11. Perez-Blanco A, Caturla-Such J, Canovas-Robles J, et al: Efficiency of triiodothyronine treatment on organ donor hemodynamic management and adenine nucleotide concentration. Intensive Care Med, 2005.

ANEXOS/LINKS

- I – www.abto.org.br
- II – www.unos.org
- III – www.transweb.org
- IV – www.msc.es/ont/ing
- V – www.eurotransplant.nl
- VI - www.portalmedico.org.br
- VII – www.irwinandrippe.com

TEXTO SUBSIDIÁRIO

I - INTRODUÇÃO

O indivíduo com suspeita clínica de ME é um paciente grave, geralmente neurológico, que necessita de cuidados específicos de suporte intensivo, sem que necessariamente ocupe um leito de UTI. A alta demanda por leitos de UTI é um dos fatores para criação da SAV.

Conceitualmente indivíduos com suspeita clínica de ME são considerados pelo CNCDO como possíveis doadores e naqueles em que o diagnóstico de ME já foi estabelecido, são considerados potenciais doadores.

Entre a suspeita clínica e a confirmação da ME esses pacientes estão sujeitos há uma série de distúrbios metabólicos, inflamatórios, hidro- eletrolíticos e ventilatórios que deverão ser diagnosticados e corrigidos constantemente. O objetivo principal é a manutenção da perfusão tecidual.

II - ABORDAGEM GERAL

A SAV

A existência de um serviço “especializado” não é uma condição para o acompanhamento adequado de um paciente em ME. Eles podem ser bem atendidos na sala de emergência, conhecida como “POLI”, na Sala de Recuperação Pós Operatória e na Unidade de Terapia Intensiva. A criação da SAV é apenas uma alternativa pela alta demanda por leitos na UTI e rotatividade no “POLI” e na “SRPO”. Um SAV tem a capacidade de três leitos para o atendimento destes pacientes em ME e haverá momentos em que a demanda poderá ser maior e pode estar junto a UTI Neurológica. As equipes deverão estar treinadas para esse atendimento independentemente do local onde atendem. Esta é a importância do protocolo: servir as equipes de atuação específica ou não.

O problema é a condução desses casos, onde há falência de múltiplos órgãos e sistemas antes mesmo de encerradas as etapas, para o diagnóstico de morte encefálica. A proposta desse protocolo é orientar como devem ser os cuidados com os pacientes neurológicos graves, com suspeita clínica de morte encefálica, e pacientes já diagnosticados com morte encefálica. Pode ser considerado como um roteiro para a equipe clínica.

É preciso identificá-los, ser capaz de concluir os testes confirmatórios de morte encefálica de acordo com a Resolução do **CFM Nº. 1.480/1997**, e prosseguir com os cuidados.

É importante salientar que são pacientes graves que podem ou não se tornar doadores de múltiplos órgãos.

Esses pacientes necessitam do suporte intensivo das equipes interdisciplinares, uma vez que 80% deles desenvolvem parada cardíaca dentro de 48 a 72 horas de morte cerebral.

O SAV (Serviço de Assistência à Vida) funcionará nas dependências do **CHRDJC** na mesma área física da UTI Neurológica com três leitos com estrutura básica de terapia intensiva, com monitores de ECG, oximetria, PVC, PIA, temperatura, frequência respiratória e ventiladores mecânicos, além do suporte do laboratório 24 horas. Os médicos plantonistas que prestam assistência à SAV são os mesmos da UTI Neurológica.

Acompanhamento Clínico

O paciente em morte encefálica encontra-se em franco processo inflamatório e em estado de desequilíbrio entre reações inflamatórias (SIRS) e anti-inflamatórias (CARS).

Quando há desequilíbrio na função hipotalâmica, intolerância à glicose, alteração na regulação da temperatura, na peristalse, pressão arterial, etc; é obrigatório suspender a dieta pela atonia intestinal, manter uma fonte de carboidrato e controlar a glicemia através da insulinoterapia. O controle da hipernatremia deve ser feito com DDAVP (Desamino-8-1-Arginina- Vasopressina) 1 a 2 µg a cada 8 a 12 horas e solução de NaCl a 0,45%. A elevação da diurese pode estar relacionada a hiperglicemia com cifras maiores que 180 mg/dl que induzem à diurese osmótica e à piora do desequilíbrio hídrico. Nesse caso, é necessário um tratamento contínuo com insulina (1U/hora) para manter a glicemia entre 120-180 mg/dl, e administrar a glicose para evitar as perdas do estoque do glicogênio intra-hepático.

Os processos de inflamação podem resultar em falência múltipla de órgãos, que pode ser reduzida com corticóide contínuo em BIC ou intermitente, ou com hormônio tireoidiano T3 4µg bolus, seguido da infusão de 3 µg/h contínuo.

A hipotermia inviabiliza o teste de apneia. O objetivo, nesse caso, é manter a temperatura em torno de 35 °C – e o limite de temperatura axilar para o teste de apneia é de 32.2°C. Para controlar a temperatura, deve-se, através de soluções aquecidas, umidificar a ventilação mecânica com infusões de soro fisiológico 0,9% aquecido na bexiga e manta térmica. São pacientes que, dependendo da causa da morte encefálica, podem ter anemia aguda e quedas da hemoglobina e do hematócrito. O objetivo é mantê-los acima de 10 g/dl e 30%, respectivamente. Mas, como a evolução desses pacientes é muito dinâmica, eles devem ter acompanhamento clínico laboratorial periodicamente. Os pacientes sofrem constantemente alterações endócrinas e metabólicas, assim como em seu equilíbrio hidroeletrólítico. A hipofosfatemia e a hipocalcemia provocam a diminuição da contratilidade do miocárdio e hipotensão, e devem ser prontamente corrigidas. A hipocalemia e hipomagnesemia resultam em alterações hemodinâmicas e arritmias, e também devem ser ajustadas. Por causa dessas alterações, 25% dos doadores em potencial evoluem com parada cardiorrespiratória.

A perfusão renal adequada é percebida com diurese de 1 a 2 ml/ kg/hora e pode ser estimulada através do uso de furosemida ou manitol. 80% desses pacientes desenvolvem diabetes insípido que é diagnosticada quando a diurese ultrapassa o volume supracitado por hora ou cifras de 300 ml/hora que equivale a 7 ml/kg/hora associado à hipernatremia ($\text{Na} > 150 \text{ mEq/l}$) com osmolalidade sérica $> 310 \text{ mOsm/l}$ e Na urinário baixo ($< 10 \text{ mEq/l}$), seguido de hipocalemia, hipocalcemia e hipomagnesia.

Nos casos de choque misto neurogênico e hipovolêmico recomenda-se inicialmente dopamina até $10 \mu\text{g/kg/min}$, de maneira que a fração de ejeção não fique menor que 45%. Dessa forma, evita-se a dobutamina com o aumento do consumo de O_2 e a noradrenalina, provocando a vasoconstrição esplâncnica importante.

Quanto ao equilíbrio respiratório e ácido básico recomenda-se peep fisiológica sempre em torno de 5 cm de água, volumes de ventilação menores, em torno de 6 ml/kg FiO_2 , suficiente para manter PaO_2 de 100 mmHg. Se houver acidose importante ($\text{pH} < 7,1$ ou $7,0$), pode ser necessário o uso de bicarbonato.

COMPORTAMENTO FRENTE À FAMÍLIA

As famílias que estão diante de tragédias pessoais, vivendo a perda inesperada de entes queridos, devem ser tratadas por profissionais treinados, através de equipes interdisciplinares, com envolvimento permanente das equipes de psicologia e do serviço social. As visitas abertas principalmente aos parentes de primeiro grau e outros casos a serem estudados não interferem na dinâmica dos cuidados, muito pelo contrário. Atualmente, protocolos como os do American Heart Association do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia-ACLS, estimulam, em alguns casos, a presença de algum membro da família durante as tentativas de RCP. A presença da família observando os cuidados ao paciente em ME, tanto possibilita a abstração sobre o que é a ME, quanto a observação do empenho da equipe interdisciplinar no acompanhamento do seu ente querido. Esse acompanhamento tende a funcionar como um estímulo às autorizações para a doação de órgãos, quando os CNCDO são notificados e entram em contato com as famílias.

O MÉDICO E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE SALVAM VIDAS DIANTE DA MORTE INEVITÁVEL

Como profissional de saúde, o médico tem como objetivo principal salvar vidas.

Às vezes, a impressão que se tem de um paciente em ME é de cuidar do fim e não do começo. Cuidar de um paciente em ME é cuidar de uma família que precisa do alívio do diagnóstico; cuidar de um paciente em ME é ajudar a salvar outras vidas. Vidas de pessoas que aguardam nas filas de transplantes e cuja única alternativa para continuar a viver, com uma melhor qualidade de vida ou uma vida produtiva, é recebendo um transplante. Aquele paciente em ME pode ser um doador. O profissional de saúde que compreende isso e abraça a causa sem preconceito entende que o seu dever é ético, profissional, técnico-científico e, acima de tudo, cívico.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA

1. Wijdicks, EFM. Brain Death. 2001. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Nothen, RR. A Doação de Órgãos no Cenário da Unidade de Terapia Intensiva. ABTO. AMIB. 2005.
3. Iwin and Rippe's. Intensive Care Medicine. 2008.
4. Braunfeld, MY. Cadaveric donor. 2004. Anesthesiology Clin N Am. 22: 625-631.
5. Pereira, W. Manual Transplante de Órgãos e Tecidos. 2004.

**3.2.5 Protocolo - Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação
Psicomotora do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

INTRODUÇÃO/RACIONAL

A realização da contenção física deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar em um projeto terapêutico.

Sendo uma prática clínica comumente realizada em diversos países, variando a taxa de prevalência 0,25% a 59% em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no setor de emergência, apesar de não existirem evidências científicas sobre os benefícios e riscos dessa prática.

Para a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível se fazer uma avaliação rigorosa e global da situação do paciente, baseada no julgamento clínico, sendo necessária a prescrição médica. Deve haver envolvimento da equipe multidisciplinar, com paciente e quando possível, com a família. A utilização dessa técnica não deverá ocorrer de forma punitiva ou de intimidação de pacientes.

OBJETIVOS

Orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização da contenção física a qual deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem se mostrar insuficientes a esse paciente, bem como a utilização de técnica adequada e sempre que possível em ambiente terapêutico, fazendo necessário assim uma avaliação criteriosa e global da situação em que o paciente se encontra.

Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas (quedas contaminação de cateteres, dispositivos, feridas, dentre outros; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

Visar à integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente. E que o procedimento seja realizado de forma humanizada.

SIGLAS:

- **CCPC:** Comissão Central de Protocolos Clínicos;
- **MMSSII:** Membros Superiores e Inferiores;
- **MMII:** Membros Inferiores;
- **MMSS:** Membros Superiores.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO:

- Avaliação criteriosa pela equipe multidisciplinar e posterior prescrição médica em prontuário eletrônico ou físico;
- Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem e realização e monitorização do procedimento;
- Ataduras de crepom;
- Lençol;
- Fita adesiva/esparadrapo/fita hipoalergênica. (s/n);
- Compressas de algodão ortopédico para proteção da pele;
- Faixas próprias confeccionadas pela unidade;
- Loção ou creme hidratante (idosos) s/n.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1- Macro Processo

- Técnica de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros.

2- Tarefas Críticas

- Diante de situações de agressividade ou de comportamento de risco, deve-se considerar e particularizar os fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis em cada unidade para atendimento às situações de urgência;
- Diagnosticar a etiologia do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação de crise;
- Abordar o paciente com manifestação de comportamento agressivo com técnicas de comunicação clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo;
- Procurar manter distância adequada para proteção de ambos, pois independentemente do diagnóstico a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos como o medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;

- Manter a intervenção verbal antes, durante e após todo o processo de contenção, explicando ao paciente o que está sendo feito, o motivo, os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio;
- Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física;
- Manter o paciente contido em ambiente terapêutico em companhia permanente do acompanhante (quando possível) e sob supervisão da equipe de enfermagem para minimizar sua agressividade e tranquilizá-lo;
- Prestar cuidados de enfermagem como: vigilância constante do paciente, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de comorbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos;
- O espaço físico destinado ao atendimento também deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento. Deve-se atentar, por exemplo, para as características de móveis, objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas. Idealmente, o acesso à porta deve ter a mesma distância tanto para a equipe como para o paciente, porque alguns pacientes persecutórios podem sentir-se acuados se não tiverem acesso à saída, o que aumentaria o risco de agressão física;
- A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe (após orientações ao paciente e na presença do acompanhante, se possível);
- As informações relativas à indicação (ato médico) e a técnica de contenção física, utilizada e todo plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar, devem ser detalhadamente registradas no Prontuário do Paciente, como sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento (em impresso próprio);
- A equipe responsável pela contenção do paciente deverá preencher o Formulário para Monitoramento da Contenção Física (**Anexo I**) anexá-lo ao prontuário. A contenção física é um evento Sentinela.

3- Ações de contingência:

- A contenção física deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência sendo prescrita por um médico no Prontuário do Paciente;
- Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Supervisor de Enfermagem podem iniciar uma contenção física, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para avaliação e prescrição;
- Identificar lesões e/ou edemas e reavaliar necessidade da manutenção da contenção, caso necessário, modificar local da contenção;
- Comunicar intercorrências ao médico plantonista.

4- Procedimentos e Indicações

Psiquiátricas e Clínicas

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (membros da equipe, familiares, e outros pacientes e que não responderam as intervenções menos restritivas) (**Anexo II**);
- Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há risco de agitação psicomotora;
- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões;
- Nos casos de agitação pós-operatória, como em craniotomia;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos; para pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, etc.

5- Abordagem inicial ao paciente agitado:

Para tornar o atendimento mais eficiente e seguro tanto para a equipe quanto para o paciente sugere-se:

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente.

Avaliação inicial:

A avaliação inicial inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Deve-se pesquisar o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais. Deve-se desta forma investigar a causa da agitação. Alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida (Lindenmayer e cols., 2004).

- Anamnese;
- Avaliação Psiquiátrica inicial: pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos;
- (Orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário) Sinais vitais;
- História pregressa, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;
- Sinais vitais.

Intervenção inicial:

- Escuta e acolhimento do paciente;
- Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirar do ambiente agentes estressores como familiares a fim de manter um ambiente terapêutico, ter um cuidado específico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;
- Oferecer assistência e cuidados em geral;
- Acolhimento, hospitalidade;
- Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa.

Considerar os seguintes recursos frente ao risco de passagem ao ato:

- Abordagem pela palavra;
- Limitar o espaço físico;
- Tranquilização rápida preferencialmente medicamentos;
- Contenção física.

Técnica para a contenção física:

- a. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Formulário de Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes das enfermarias e do Centro de Acolhimento de Crise do sentido de tal procedimento para cada paciente, suas consequências no Projeto Terapêutico do mesmo e seus efeitos;
- b. Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física;
- c. A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não ultrapassando 2 horas;
- d. Nomear o condutor do processo de preferência um profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. É o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;
- e. Necessário a presença de outros profissionais para a realização da contenção, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento;
- f. Realização da contenção em 4 a 5 pontos da seguinte forma.

Contenção de tórax:

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

Contenção do abdome:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

Contenção dos joelhos:

- Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

- Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;
- Pegar as pontas pelos dois centros;
- Formar com as mesmas um laço com nó;
- Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

- Colocar o algodão na parte interna das mãos;
- Fechar a mão do paciente;
- Proceder ao enfaixamento com crepom;
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem.

6- Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições

- Pacientes em quadro de confusão mental;
- Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias;
- Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

7-Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, observação do local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) do paciente contido no ato da contenção, 30 minutos após e no ato da retirada da contenção, preenchendo o Formulário de Contenção Física.

8-A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção). (ANEXO IV);

9-Registros:

- Formulário deve permanecer junto a cada posto de Enfermagem da unidade, na Sala dos Supervisores de Enfermagem;
- Anotação da enfermagem;
- Prescrição médica;
- Preenchimento formulário de Monitoramento da Contenção - **Anexo III.**

ITENS DE CONTROLE

Avaliação quantitativa e qualitativa das contenções físicas realizadas nos diversos dispositivos institucionais no período de 3 meses a partir dos dados do Formulário de Monitoramento de Contenção Física, com o objetivo de discussão com a equipe, do compartilhamento das medidas para a redução e prevenção das contenções físicas. O monitoramento das contenções deverá ser feito até a abolição das mesmas na instituição.

1. Número total de contenções/Número de pacientes atendidos na unidade no período.
2. Número de pacientes contidos no serviço de urgência/total de pacientes atendidos.
3. Número de pacientes contidos nas enfermarias/ total de pacientes atendidos.
4. Diagnósticos prevalentes dos pacientes contidos em relação aos demais diagnósticos.

REFERÊNCIAS

1. Araujo EM. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010.
2. Bernik W, Gouvea FS, Lopes,K.V. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina.2010.
3. Botega NJ. et al . Prevenção do comportamento suicida.Psico.2006.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.
5. Dalgalarrodo P. “Síndromes Volitivo-Psicomotoras”. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais:Dalgalarrodo Artes Médicas. 2000.
6. Freitas PF. et al. Contenção física para unidade de pronto atendimento em saúde mental: revisão teórica ao modelo de protocolo XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade do Vale do Paraíba.
7. GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002.
8. LEI 10.216 DE 2001.
9. Lindenmayer JP. et al “Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment-resistant schizophrenia”. Jornal Clinic Psychiatry. 2004.

- 10.** Paes MR. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral/Marcio Roberto Paes – Curitiba, 2009.
- 11.** Paes MR, Borba, LO, Brusamarello T, Guimarães NA, Maftum, MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009.
- 12.** Portarias GM/MS nº 3.408 de 05 de agosto de 1998.
- 13.** Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – OMS 1991.
- 14.** Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - Versão Hospitais Psiquiátricos.

ANEXO I

Formulário para o Monitoramento de Contenção Física

Nome do Paciente:		
Nº Prontuário:	Idade:	Local da Internação:
Leito:	Data: ____ / ____ / ____	Hora: :
Supervisor de Enfermagem:		
Equipe de Contenção:		
Descrição do Comportamento do Paciente:		
Descrever Alternativas Utilizadas antes da Contenção:		
Medicações prescritas na urgência:		

Motivos da Contenção Física:

- Risco de queda, após insucesso de outras medidas de proteção
- Agitação psicomotora, após insucesso de outras medidas
- Insucesso da medicação
- Agressividade
- Outros. Especifique: _____

Técnica Utilizada: _____

Avaliação Médica _____

Assinatura e Carimbo

Avaliação de Enfermagem (Técnicos de enfermagem)

Tempo	0'	30'	Ato da retirada da Contenção
Pulso			
P.A.			
F.R.			
Observações			
Assinatura/ carimbo			

Horário da contenção: _____:_____

Horário da retirada da contenção: _____:_____

EVENTOS ADVERSOS/COMPLICAÇÕES SURGIDAS NO PERÍODO DA CONTENÇÃO FÍSICA:

- Sem eventos
- Com eventos. Especifique: _____
- Desidratação
- Depressão respiratória
- Sintomas extra piramidais
- Convulsões
- Alterações da consciência
- Acidente cardiocirculatório
- Outros. Especifique: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura Supervisor de Enfermagem (nome legível com carimbo)

ANEXO II

Avaliação do paciente com quadro de agitação psicomotora

Araújo *et al.* (2010) corroboram que estudos epidemiológicos demonstraram que os portadores de transtorno mental são suscetíveis a episódios de agressividade e agitação, e na internação 18% a 25% deles apresentam esse comportamento. Entretanto, destaca-se que a maioria dos portadores de transtorno mental não são violentos.

Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa.

Caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante, podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo.

Pode ser dividida, segundo Dalgarrondo (2000), em nove subtipos:

- Agitação maníaca: secundária a um intenso taquipsiquismo. O indivíduo se apresenta logorreico, inquieto, com ideias de grandeza e desinibição social;
- Agitação paranoide: secundária ao delírio paranoide e alucinações. O paciente se mostra desconfiado, hipervigilante, potencialmente agressivo e hostil, pronto para defender-se das possíveis ameaças que supostamente o cercam;
- Agitação catatônica: agitação impulsiva e intensa com movimentos repentinos e explosões agressivas
- Agitação no Delirium: com origem orgânica. Além da agitação e irritabilidade, o paciente se encontra obnubilado, não apreendendo o ambiente, desorientado no tempo e espaço, com fluxo confuso de pensamento;
- Agitação nas demências: secundária ao quadro demencial, podendo estar associado a episódios paranoides, obnubilação e piora das capacidades cognitivas;
- Agitação oligofrênica: devido à dificuldade em compreender o ambiente, o paciente com deficiência mental se constrange e desespera-se, entrando em estado de agitação podendo ficar hetero ou autoagressivo;
- Agitação explosiva: associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Os pacientes, quando minimamente frustrados, reagem de maneira agressiva e explosiva, voltando a calma quando atendidas suas necessidades;
- Agitação histérica: agitação mais teatral e escandalosa, com sentido comunicativo;
- Agitação ansiosa: secundária a ansiedade e angústia extrema, o paciente se mostra irritado, tenso, andando rapidamente de um lado para o outro. Neste caso o risco de suicídio deve ser sempre considerado e as medidas de segurança rapidamente tomadas.

Devem-se considerar como diagnósticos diferenciais as entidades psiquiátricas primárias, condições médicas gerais e neurológicas conforme indicado abaixo:

Transtornos psiquiátricos primários	Transtornos neurológicos	Doenças clínicas gerais
Esquizofrenia	Demências (Alzheimer, Pick)	Doença Metabólica (hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos)
Episódio maníaco do TAB	Acidentes Vasculares Encefálicos	Agentes tóxicos (metais pesados, drogas, venenos)
Abuso de substâncias e álcool	Encefalopatias	Doenças infecciosas
Transtornos de personalidade antissocial	Encefalopatias	Deficiências vitamínicas (B12, tiamina)
Transtorno de personalidade instável	Infecções do SNC (sífilis, HIV, herpes simples)	Distúrbios endócrinos (tireóide Cushing)
Retardo mental	Estados ictais, pós-ictais	Encefalopatia hepática e urêmica
Transtornos orgânicos gerais (demência, delirium)	Esclerose Múltipla Doença de Huntington Traumatismo craniano Doença de Parkinson	Lúpus eritematoso sistêmico

Buscando explicitar os sinais de comportamento violento e agressivo, Botega 2006 estabeleceu o seguinte quadro diferencial:

Sinais	Agressivo	Violento
Postura	Não senta. Age de forma claramente intimidadora. Faz ameaças verbais, fala palavrões, fala alto o tempo todo.	Anda de um lado para outro. Diz que vai agredir alguém presente naquele ambiente. Acabou de agredir alguém.
Psicomotricidade	Quase agitado. Esmurra a parede, gesticula muito. Quebrou objetos em casa.	Agitado. Tem algo nas mãos para se defender ou para agredir alguém. Esta quebrando objetos no ambiente.
Humor	Estar raivoso. Demonstra estar com ódio de todos, inclusive do entrevistador.	Estar furioso. Demonstra a decidida intenção de agir violentamente contra alguém.
Riscos	Muito alto.	Iminente.

ANEXO III Registro de Contenção Física

Paciente:		Prontuário:
Data: ____ / ____ / ____	Hora início da contenção: _____ : _____	Hora término da contenção: _____ : _____
_____ Ass./Carimbo Médico		_____ Ass./Carimbo Enfermeiro

Motivo da Contenção

1- Risco de Auto Lesão 2- Risco de lesão a terceiros 3- Risco de Fuga 4- Fissura	5- Risco de queda 6- Abstinência com agitação 7- Outros: _____
---	--

Atuação para prevenir a contenção mecânica

1- Contenção verbal 2- Contenção química oral _____ parenteral _____

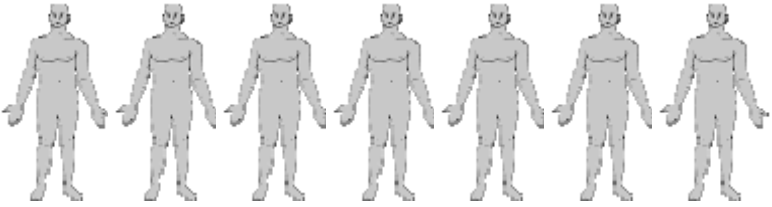
Atuação para prevenir a contenção mecânica

1- Contenção verbal 2- Contenção química oral _____ parenteral _____

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais

Ver folha de prescrição de medicação do paciente e folhas de dados vitais da enfermagem.

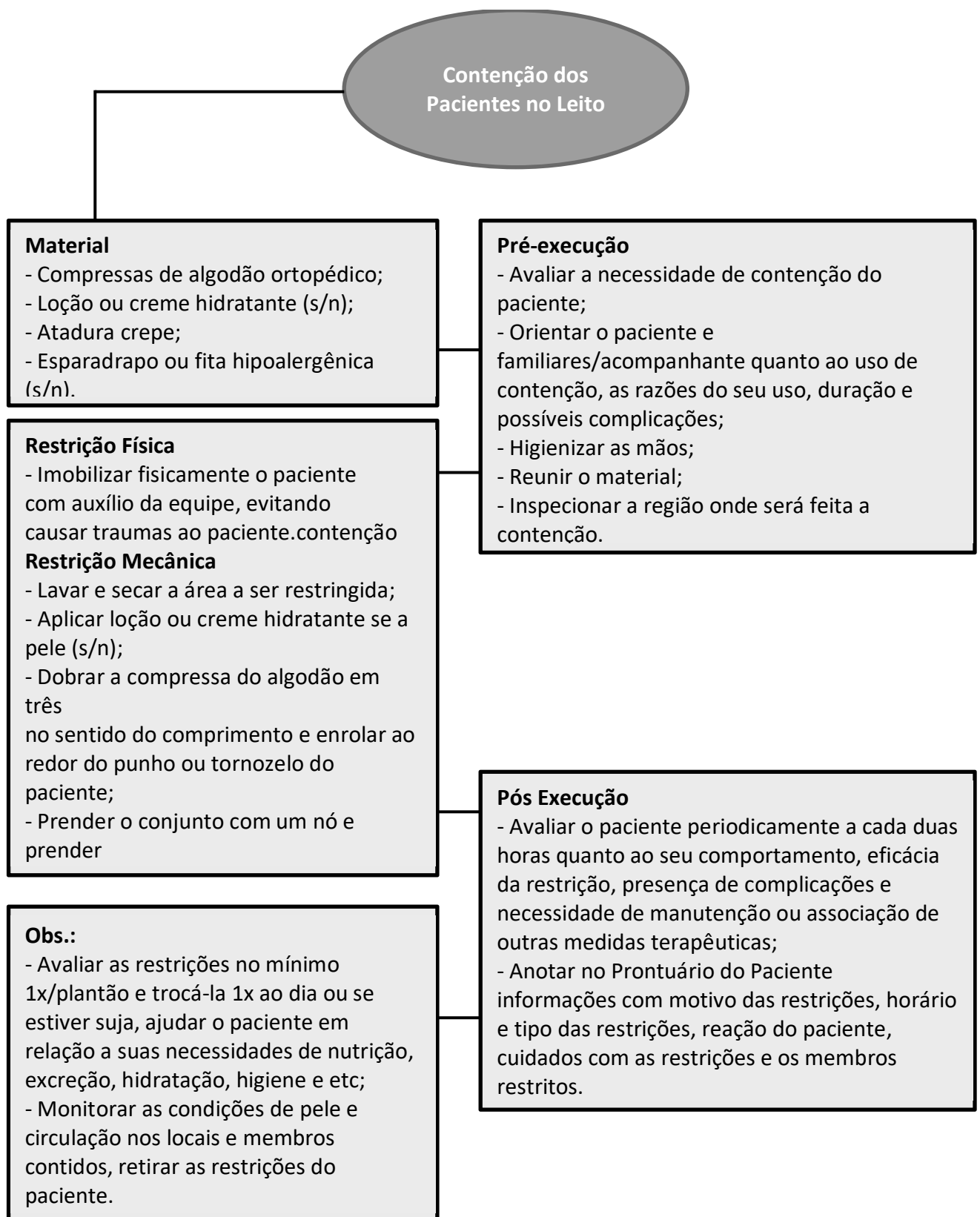
Tipo de Contenção

1) Sem alteração 2) Melhora parcial 3) Piora 4) Melhora completa									
Controle de Horário	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								
Controle de melhora	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								

Relato de Efeitos Adversos

Medidas Tomadas

ANEXO IV Fluxograma de Contenção



3.2.6 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Dor Torácica do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

Traumatismo Torácico

Aproximadamente um quarto das mortes por trauma são devidas a traumatismo torácico. As mortes imediatas são essencialmente devidas a rotura major do coração ou grandes vasos. Mortes precoces devido a traumatismo torácico devem-se a obstrução da via aérea, tamponamento cardíaco ou aspiração.

A maioria dos doentes com trauma torácico podem ser tratados com manobras simples e não requerem tratamento cirúrgico.

A dificuldade respiratória pode ser causada por:

- Fratura de costelas/respiração paradoxal
- Pneumotórax
- Pneumotórax sob tensão
- Hemotórax
- Contusão pulmonar
- Pneumotórax aberto
- Aspiração

O choque hemorrágico é devido a:

- Hemotórax
- Hemomediastino

Fratura de costelas: as fraturas de costelas podem ocorrer no ponto de impacto e a lesão do pulmão subjacente pode provocar contusão ou perfuração do mesmo. Nos idosos podem ocorrer fraturas de costelas por simples traumas. As costelas tornam-se geralmente estáveis dentro de 10 dias a 2 semanas. A cura completa com formação de calo ocorre após cerca de seis semanas.

Respiração paradoxal: o segmento instável move-se separadamente e em direção oposta do resto da caixa torácica durante o ciclo respiratório. Pode surgir dificuldade respiratória severa.

Pneumotórax sob tensão: surge quando o ar entra no espaço pleural, mas não pode sair. Como consequência a pressão intratorácica aumenta progressivamente no lado afetado com resultante desvio do mediastino. O doente fica dispneico e hipóxico. É preciso fazer urgentemente a descompressão com uma agulha antes de ser introduzido um dreno intercostal. A traqueia pode estar desviada (sinal tardio) e empurrada da linha média pelo ar sob pressão.

A extensão das lesões internas não pode ser julgada pela aparência da ferida da pele

Hemotórax: mais comum nas feridas penetrantes do que nas lesões não penetrantes do tórax. Se a hemorragia é severa ocorre choque hipovolêmico e também dificuldade respiratória devido a compressão do pulmão no lado afetado.

A melhor terapêutica consiste em colocar um grande tubo de drenagem.

- Um hemotórax de 500-1500 ml que para de sangrar após inserção dum dreno intercostal pode, em geral, ser tratado de forma conservadora.
- Um hemotórax superior a 1500-2000 ml ou com hemorragia contínua de mais de 200- 300 ml/hora deve ser explorado cirurgicamente, i.e. toracotomia.

Contusão pulmonar: é comum após trauma torácico. É uma condição com potencial risco de vida. O início dos sintomas pode ser lento e progressivo ao longo das 24 horas após o trauma. É provável ocorrer em casos de acidente com alta velocidade, quedas de grandes alturas e lesões por balas de alta velocidade. São sintomas e sinais:

- Dispneia
- Hipoxemia
- Taquicardia
- Murmúrio vesicular ausente ou diminuído
- Fratura de costelas
- Cianose

Feridas abertas ou aspirativas da parede torácica. Nestas, o pulmão do lado afetado está exposto à pressão atmosférica, colapsado e há um desvio do mediastino para o lado oposto. Deve ser rapidamente tratado. Um selo, i.e., um saco plástico pode ser suficiente para parar a aspiração, e pode ser aplicado até à chegada ao hospital. Em doentes em risco é muitas vezes necessário colocar drenos intercostais, intubar e ventilar com pressão positiva.

As lesões abaixo listadas também são possíveis no trauma, mas têm uma alta mortalidade mesmo em centros regionais. São mencionados por questões educacionais.

A contusão miocárdica está associada, no traumatismo fechado do tórax, com fraturas do esterno ou costelas. O diagnóstico é baseado em anomalias do ECG e elevação das enzimas cardíacas, caso haja disponibilidade em executá-los. A contusão cardíaca pode simular um enfarto do miocárdio. Os doentes devem ser submetidos a monitorização cardíaca, se disponível. Este tipo de lesões é mais comum do que se pensa e pode ser a causa de morte súbita bem depois do acidente.

Atenção à contusão pulmonar e deterioração tardia da função respiratória

Tamponamento pericárdico: As lesões penetrantes cardíacas são das principais causas de morte nas áreas urbanas. É raro haver tamponamento cardíaco com traumatismo fechado. A pericardiocentese deve ser feita precocemente se esta lesão for provável. Procurá-la em doentes com:

- Choque
- Veias do pescoço distendidas
- Extremidades frias e ausência de pneumotórax
- Tons cardíacos apagados

A pericardiocentese é o tratamento de eleição.

Lesões dos grandes vasos torácicos: a lesão das veias pulmonares e artérias é muitas vezes fatal, e é uma das principais causas de morte *in situ*.

Rotura da traqueia ou grandes brônquios: a rotura da traqueia ou dos grandes brônquios é uma lesão grave com uma mortalidade estimada de 50%. A maioria das roturas dos brônquios (80%) produzem-se a 2,5 cm da carina. Os sinais mais frequentes de traumatismos traqueobrônquicos são:

- Hemoptise.
- Dispneia.
- Enfisema subcutâneo e do mediastino.
- Ocasionalmente acompanha-se de cianose.

Traumatismo esofágico: É muito raro no doente com traumatismo fechado. A lesão esofágica é mais frequente por traumatismo penetrante. Este quadro é mortal se não se reconhece a tempo e não se instaura tratamento imediato, pela incidência de mediastinite. Os doentes queixam-se habitualmente de uma dor forte de apresentação aguda no epigástrio e face anterior do tórax, que irradia para a espádua. Pode ser acompanhada de dispneia e cianose, mas estes podem ser sinais tardios.

Traumatismos diafragmáticos: Produzem-se mais habitualmente depois de traumatismos fechados, e o aumento da sua frequência é paralelo ao incremento no número de acidentes de trânsito. O diagnóstico é difícil de fazer. Deve-se suspeitar de lesão diafragmática em presença de um traumatismo torácico aberto sempre que:

- Ocorre abaixo do 4º espaço intercostal anterior.
- Abaixo do 6º espaço intercostal na linha axilar média.
- Abaixo do 8º espaço intercostal posterior.
- Ocorre no lado esquerdo.

Rotura da aorta torácica: Apresenta-se no doente que tenha sofrido acidentes por desaceleração, como acidentes de trânsito a alta velocidade, ou quedas de altura elevada. Têm uma mortalidade muito alta, tendo em conta que o débito cardíaco é de 5 litros/min e que o volume sanguíneo total é de 5 litros.

Lembre-se da possibilidade de tamponamento cardíaco em presença de um traumatismo torácico penetrante.

ABCDE do Trauma

O tratamento do politraumatizado requer a identificação e tratamento prioritário daquelas lesões que põem em risco a vida do doente. Esta primeira avaliação, a avaliação primária, se feita corretamente, deverá identificar tais lesões como:

- Obstrução da via aérea
- Lesões torácicas com dificuldade respiratória
- Hemorragia severa interna ou externa
- Lesões abdominais

A avaliação ABCDE (Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição) é efetuada.

Esta avaliação primária não deve demorar mais que 2-5 minutos.

O tratamento simultâneo das lesões pode ocorrer quando existem mais do que uma lesão potencialmente mortal. Isto inclui:

Via aérea

Avaliar a via aérea:

O doente pode falar ou respirar livremente?

Se obstruído, os passos a considerar são:

- Elevação do queixo/subluxação da mandíbula (a língua está agarrada à mandíbula)
- aspiração (se disponível)
- tubo orofaríngeo/nasofaringe
- Intubação

Respiração

A respiração é avaliada quando a patência da via aérea e adequabilidade da respiração são reavaliadas. Se inadequada, os passos a considerar são:

- Descompressão e drenagem de pneumotórax/hemotórax sob tensão
- Encerramento de ferida aberta do tórax
- Ventilação artificial

Administrar oxigênio se disponível.

A reavaliação do ABC deve ser efetuada se o doente está instável

Circulação

Avaliar a circulação, quando a administração de oxigênio, a patência da via aérea e a adequabilidade da respiração foram avaliadas.

Se inadequadas, os passos a considerar são os seguintes:

- Parar a hemorragia externa
- Estabelecer 2 linhas venosas (cânulas 14-16G) se possível
- Administrar fluidos se disponíveis

Disfunção neurológica

Exame neurológico rápido (o doente está consciente, responde vocalmente à dor ou está Inconsciente ?). Não há tempo para fazer a escala de coma de Glasgow, por isso:

- Acordado A - Resposta verbal V - Resposta à dor P - Sem resposta U

O sistema nesta fase é claro e rápido

Exposição

Despir o doente e procurar as lesões. Se há suspeita de lesão cervical ou da coluna, é importante fazer a mobilização em alinhamento.

Manejo da via aérea

A primeira prioridade é estabelecer ou manter a patência da via aérea. Falar com o doente.

Um doente que consegue falar claramente deve ter a via aérea permeável.

O doente inconsciente pode necessitar de assistência à via aérea e à ventilação.

A coluna cervical deve estar protegida durante a intubação se há suspeita de lesão do pescoço, crânio ou tórax.

A queda da língua é a causa mais frequente de obstrução da via aérea num doente inconsciente.

Administrar oxigênio

Administrar O₂ se disponível, via bolsa insufladora ou máscara.

Avaliar a via aérea

São sinais de obstrução da via aérea:

- Ressonar ou gorgolejos
- Estridor ou sons respiratórios anormais
- Agitação (hipóxia)
- Uso dos músculos acessórios da ventilação/movimentos paradoxais do tórax - cianose

Estar alerta para os corpos estranhos.

A sedação intravenosa está absolutamente contraindicada nesta situação.

Considerar a necessidade de manejo avançado da via aérea

Indicações para técnicas de manejo avançado da via aérea incluem:

- Obstrução persistente da via aérea
- Trauma penetrante do pescoço com hematoma (em expansão)
- Apneia
- Hipóxia
- Trauma craneano severo
- Trauma torácico
- Lesão maxilofacial

A obstrução da via aérea requer tratamento URGENTE.

Manejo da Ventilação (Respiração)

A segunda prioridade é estabelecer uma ventilação adequada.

- **A inspeção (VER) da frequência respiratória é essencial.**
- **Estão alguns dos seguintes sinais presentes?**
- Cianose
- Ferida penetrante
- Fragmento Instável
- Feridas abertas com aprisionamento de ar
- Uso dos músculos acessórios?
- **Palpação (SENTIR) para**
- Desvio da traqueia
- Costelas partidas
- Enfisema subcutâneo

A percussão é útil no diagnóstico de hemotórax e pneumotórax

- **Auscultação (OUVIR)**
- Pneumotórax
- Detecção de sons normais no tórax
- **Ação de ressuscitação**

1. Notas especiais

Se disponível, manter o doente com oxigênio até obter completa estabilidade. Se há suspeita de pneumotórax sob tensão introduz-se uma agulha de grande calibre

Se disponível, manter o doente com oxigênio até obter completa estabilidade. Se há suspeita de pneumotórax sob tensão introduz-se uma agulha de grande calibre no 2EIC, na linha médio-clavicular para descomprimir a tensão, seguida de colocação de um dreno intercostal.

- Se não for possível intubar após uma ou duas tentativas, considerar cricotiroidotomia como prioridade.
- Isto depende da experiência do pessoal médico disponível, de equipamento apropriado, e pode não ser possível em muitos lugares.

NÃO persistir com tentativas de intubação sem ventilar o doente.

Manejo da Circulação

A terceira prioridade é restabelecer uma adequada circulação

Choque é definido como uma inadequada perfusão e oxigenação dos órgãos e tecidos. No politraumatizado a maior parte das vezes é devido a hipovolemia.

O **diagnóstico de choque** é baseado em sinais clínicos: hipotensão, taquicardia, taquipneia, hipotermia, palidez, extremidades frias, diminuição do preenchimento capilar e diminuição da produção de urina. Ver Apêndice 3.

Há três diferentes tipos de choque:

Choque hemorrágico (hipovolêmico): devido a perda aguda de fluidos. A quantidade de sangue perdido após trauma é muitas vezes deficientemente avaliado e no trauma por queimaduras é muitas vezes subestimado.

Lembrar que:

- Grandes volumes podem estar escondidos nas cavidades abdominal e pleural
- A fratura da diáfise do fêmur pode levar a perdas acima de 2 litros de sangue
- A fratura da bacia leva a perdas muitas vezes acima de 2 litros.

Choque cardiogênico: devido a inadequado funcionamento cardíaco. Isto pode ser devido a:

- Contusão miocárdica
- Tamponamento cardíaco
- Pneumotórax sob tensão (impedindo a chegada do sangue ao coração)
- Ferida penetrante do coração
- Infarto do miocárdio

A avaliação da pressão venosa jugular é essencial nestas circunstâncias e deve ser feito um ECG, se há disponibilidade para tal.

Choque neurogênico: devido à perda do tônus simpático, geralmente resultante de lesão medular, com a apresentação clássica de hipotensão sem taquicardia reflexa ou vasoconstrição cutânea.

Choque séptico: raro na fase precoce do trauma mas uma causa comum de morte tardia (via falência multiorgânica) nas semanas seguintes ao trauma. É mais comumente vista nas feridas penetrantes do abdômen e nos queimados.

A hipovolemia é uma emergência que põe em risco a vida e deve ser reconhecida e tratada agressivamente.

Medidas de reanimação circulatória

O objetivo é restaurar o fornecimento de oxigênio aos tecidos.

Sendo o principal problema a perda de sangue, a ressuscitação com fluidos é

- **Obter um adequado acesso vascular.** Isto requer a inserção de pelo menos 2 cânulas de grande calibre (14-16G). Pode ser necessário desbridamento.
- **Aquecer**, se possível, **os fluidos de infusão** (cristalóides, por ex. NaCl 0,9%, como primeira linha) à temperatura corporal. Lembrar que a hipotermia pode provocar anomalias da coagulação.
- Evitar soluções que contenham glicose.
- Colher amostras de sangue para laboratório e determinação de grupo sanguíneo.

Urina

Medir o débito urinário como indicador do grau de preenchimento vascular. O débito deve ser superior a 0.5 ml/kg/hora. Nos doentes inconscientes pode ser necessário avaliar se o choque persiste.

Transfusão de sangue

Pode ser muito difícil obter sangue. Lembrar possível incompatibilidade, riscos de transmissão de hepatite B e HIV, mesmo entre a própria família do doente.

Deve considerar-se a transfusão de sangue quando o doente mantém instabilidade hemodinâmica apesar da infusão de fluidos (cristalóides/colóides). Se não há possibilidade de se determinar o grupo sanguíneo e fazer provas de compatibilidade deve ser usado concentrado de glóbulos O negativo. Deve-se fazer transfusão se a hemoglobina for inferior a 7g/dl e se o doente continua a sangrar.

Primeira prioridade: parar a hemorragia

Lesões dos membros: os garrotes não servem. Além disso, provocam síndromes de reperfusão que agravam a lesão inicial. O procedimento recomendado de “pressão com compressa” é uma entidade mal definida. A hemorragia severa resultante de lesões penetrantes de alta energia e por amputação pode ser controlada mediante colocação subfascial de compressas de gaze *mais* compressão manual na artéria proximal *mais* aplicação de penso compressivo de todo o membro lesado.

A perda de sangue é a principal causa de choque em doentes com trauma

- Lesões do tórax: A fonte mais comum de hemorragia são as artérias da parede torácica. A colocação imediata **de um dreno torácico** com aspiração intermitente e uma eficiente analgesia (não) faz expandir o pulmão e para a hemorragia.
- Lesões no abdómen: a **laparotomia de controle das lesões** deve ser efectuada o mais cedo possível nos casos em que a ressuscitação com fluidos não permite manter a TA sistólica a 80-90 mmHg.

Segunda prioridade: substituição de volume, aquecimento e analgesia com ketamina

- Os líquidos de substituição devem estar aquecidos: A coagulação fisiológica funciona melhor a 38.5°C, sendo a hemostase difícil a temperaturas abaixo de 35°C. A hipotermia em doentes com trauma é comum durante as evacuações prolongadas feitas ao relento – mesmo nos trópicos. É fácil arrefecer um doente mas é difícil reaquecê-lo, pelo que é essencial prevenir a hipotermia. Os fluidos administrados por via oral ou IV devem ter uma temperatura de 40-42°C.
- Fluidos de ressuscitação da hipotensão: Nos casos em que a hemostase não está assegurada ou não é definitiva, devem controlar-se os fluidos de modo a manter a TA sistólica a 80-90 mm durante a evacuação.

Avaliação secundária

A avaliação secundária só é efetuada quando se estabiliza o ABC do doente.

Se ocorre qualquer deterioração durante esta fase então ela deve ser interrompida e faz-se outra avaliação primária.

Devem registar-se todos os procedimentos efetuados.

Agora é feito o exame da cabeça à ponta dos dedos, nada em particular:

Exame da cabeça

- Anomalias do couro cabeludo e oculares
- Ouvido externo e membrana timpânica
- Lesões dos tecidos moles periorbitários

Exame do pescoço

- Feridas penetrantes
- Enfisema subcutâneo
- Desvio da traqueia
- Aparência das veias do pescoço

Exame neurológico

- Avaliação da função cerebral usando a Escala de Coma de Glasgow (ECG)
- Atividade motora medular
- Sensações e reflexos

Exame do tórax

- Clavículas e todas as costelas
- Murmúrio vesicular e tons cardíacos
- Monitorização do ECG (se disponível)

-

Nos doentes com traumatismo craneano suspeitar de lesão da coluna cervical até prova em contrário.

Exame abdominal

- Feridas penetrantes do abdômen requerem exploração cirúrgica
- Trauma por explosão – é colocada uma sonda nasogástrica (não em presença de trauma facial)
- Toque retal
- Colocar algália

Pélvis e membros

- Fraturas
- Pulsos periféricos
- Cortes, escoriações e outras lesões menores

RX (se possível e quando indicado)

- RX do tórax e da coluna cervical (importante ver as 7 vertebrae)
- RX da bacia e dos ossos longos
- O RX do crânio pode ser útil para procurar fraturas quando há traumatismo craneano sem défice neurológico focal

Pedir outros seletivamente. **NB** o RX do tórax e pélvis podem ser necessários durante a avaliação primária.

3.2.7 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Câncer de Próstata do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080 de 1990 dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Os PCDT devem incluir recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que se tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A nova legislação reforçou a utilização da análise baseada em evidências científicas para a elaboração dos PCDT, explicitando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde.

Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as competências de definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além da revisão periódica dos PCDT vigentes, em até dois anos. A Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT é composta por representantes de Secretarias do Ministério da Saúde interessadas na elaboração de diretrizes clínicas: Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Após concluídas as etapas de definição do tema e escopo do PCDT, de busca, seleção e análise de evidências científicas e consequente definição das recomendações, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da CONITEC, com posterior disponibilização deste documento para contribuição de toda sociedade, por meio de consulta pública (CP) pelo prazo de 20 dias, antes de sua deliberação final e publicação. A consulta pública representa uma importante etapa de revisão externa dos PCDT.

O Plenário da CONITEC é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE), a gestão e a coordenação das atividades da CONITEC.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos deverá submeter o PCDT à manifestação do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação a ele relacionado antes da sua publicação e disponibilização à sociedade.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	601
1.METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA	602
2. INTRODUÇÃO	603
3.CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONALDE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)	605
4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO	605
4.1 Diagnóstico clínico/Deteccção Precoce	605
4.2 Diagnóstico e estadiamento por imagem e cirúrgico	606
5.OPÇÕES TERAPÊUTICAS	610
5.1 Câncer de próstata localizado	610
5.2 Câncer de próstata localmente avançado (T3)	621
5.3 Câncer de próstata avançado (metastático ou recidivado)	623
5.4 Câncer de próstata refratário a hormonioterapia	629
6. MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO	634
6.1 Avaliação da Resposta Terapêutica	634
6.2 Critérios de Interrupção do tratamento	634
7. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO	634
8. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR	635
9. REFERÊNCIAS	640

APRESENTAÇÃO

A Diretriz Diagnóstica e Terapêutica do Adenocarcinoma de Próstata foi desenvolvida com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado dos pacientes por esta condição. Na elaboração desta Diretriz adotam-se os mesmos critérios e passos que garantam eficácia, segurança, efetividade e reprodutibilidade dos procedimentos de diagnóstico e tratamento em um determinado tipo de câncer.

Em oncologia, recomenda-se a adoção de diretrizes terapêuticas, que apontam o que é válido técnico-cientificamente, para orientar condutas e protocolos institucionais. Essa particularidade nesta área se dá em função da grande variedade de situações tumorais e clínicas em que se podem encontrar os pacientes com um determinado tipo de câncer e a disponibilidade de múltiplas escolhas terapêuticas para uma mesma situação tumoral, tornando assim, na maioria dos casos, impróprio, se não indevido, estabelecer protocolos em oncologia, reiterando a importância das diretrizes terapêuticas.

A Diretriz Diagnóstica e Terapêutica do Adenocarcinoma de Próstata segue agora para consulta pública, a fim de que se considere a visão da sociedade e se possa receber as suas valiosas contribuições, que poderão ser tanto de conteúdo científico quanto um relato de experiência ou opinião. Gostaríamos de saber se as recomendações desta diretriz deixaram de considerar alguma informação relevante sobre o tema, assim como a expectativa da sociedade em relação à melhoria na atenção à saúde que se pretende com este protocolo. Cabe ressaltar que formulários com conteúdo idêntico serão computados como uma única contribuição.

CONSULTA PÚBLICA N° 33, de 28 de outubro de 2015.

O SECRETÁRIO-SUBSTITUTO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE torna pública, nos termos do art. 19 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, consulta para manifestação da sociedade civil relativa ao texto das “Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Adenocarcinoma de Próstata”, apresentado pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

Fica estabelecido o prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, para que sejam apresentadas contribuições, devidamente fundamentadas.

A documentação objeto desta Consulta Pública e o endereço para envio de contribuições estão à disposição dos interessados no endereço eletrônico: <http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas>.

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) coordenará a avaliação das contribuições apresentadas a respeito da matéria.

DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada busca de artigos nas bases de dados do Medline/Pubmed, Embase e Cochrane.

No Medline/Pubmed, a busca foi realizada no dia 04/11/2013 e utilizada a seguinte estratégia: termos "Prostatic Neoplasms/diagnosis"[Mesh] OR "Prostatic Neoplasms/diet therapy"[Mesh] OR "Prostatic Neoplasms/drug therapy"[Mesh] OR "Prostatic Neoplasms/radiotherapy"[Mesh] OR "Prostatic Neoplasms/surgery"[Mesh] OR "Prostatic Neoplasms/therapy"[Mesh] restringindo-se aos limites meta-análises, humanos e inglês resultando em 239 estudos. Foram selecionados 22 artigos. A mesma estratégia foi realizada utilizando os limites de ensaios clínicos de Fase III, resultando em 312 artigos. Foram selecionados 5 artigos.

No Embase, a busca foi realizada no dia 04/11/2013 e utilizada a seguinte estratégia: termos "prostate cancer'/exp/mj" OR "prostate adenocarcinoma'/exp/mj" OR "prostate tumor'/exp/mj" AND "cancer therapy'/exp/mj" AND "surgery'/exp/mj" restringindo-se aos mesmos limites do Medline/Pubmed resultando em 222 estudos. Foram selecionados 26 artigos. A mesma estratégia foi realizada utilizando os limites de ensaios clínicos de Fase III, resultando em 36 artigos, sem inclusão de artigos.

Na biblioteca Cochrane, a busca foi realizada no dia 04/11/2013, utilizando-se a expressão "prostatic neoplasm", e foram localizadas 33 revisões sistemáticas sobre o assunto das quais 6 foram selecionadas.

Foram selecionadas meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos, publicados após as revisões, relativas a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, excluindo artigos não relacionados ao assunto e estudos cujos desfechos não tivessem relevância clínica. Outros artigos considerados relevantes pelos autores foram também considerados, além de diretrizes clínicas de sociedades internacionais de especialistas e livro-texto de cancerologia publicado em 2015.

No total, 130 referências foram consideradas nestas Diretrizes.

2 INTRODUÇÃO

Por sua predominância (mais de 95% dos casos), o adenocarcinoma de próstata passou a ter como sinônimo câncer de próstata e representa um problema de saúde pública. Sua incidência encontra-se em forte elevação em razão do efeito combinado do envelhecimento da população, da melhoria da sensibilidade das técnicas diagnósticas e da difusão do uso da medida sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA). Paralelamente, observa-se uma diminuição de sua taxa de mortalidade devido à melhoria da eficácia dos tratamentos. (1) A taxa de crescimento tumoral dessa neoplasia varia de muito lenta a moderadamente rápida, e, desta forma, alguns pacientes podem ter sobrevida prolongada mesmo após desenvolverem metástases à distância. Como a idade média ao diagnóstico é de 68 anos, muitos pacientes, especialmente os com doença localizada, provavelmente morrerão por outras causas. (2).

Para o Brasil, em 2014, foram estimados 68.800 casos novos de câncer de próstata, o que corresponde a um risco de 70,42 casos novos a cada 100 mil homens, constituindo-se no tumor mais frequente do sexo masculino, a frente de qualquer outro tipo de neoplasia, exceto os tumores não melanóticos de pele. (3).

Em termos de valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo de neoplasia mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de neoplasias. As taxas de incidência desse tipo de câncer são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, quando comparadas aos países em desenvolvimento. No Brasil, há diferenças regionais marcantes em sua incidência, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. (3).

Há três fatores de risco bem definidos para o câncer de próstata: idade, história familiar e tipo individual negro; outros fatores também são considerados, mas todos de menor relevância. (4).

A mortalidade por esse tipo de neoplasia apresenta um perfil ascendente semelhante ao da incidência no Brasil, embora sua magnitude seja mais baixa. Pode ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente. Programas de controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade, entretanto, os métodos de rastreamentos atuais, como a dosagem do PSA, não mostraram, até o momento, sucesso na redução da mortalidade.

Estratégias de prevenção foram estudadas para se diminuir a incidência do câncer de próstata. As evidências do uso de medicamentos que bloqueiem a conversão da testosterona, com o objetivo de prevenir a neoplasia prostática, ainda não são consistentes. Dois estudos avaliaram esta estratégia (PCPT e REDUCE), utilizando a finasterida e dutasterida na tentativa de reduzir a incidência de tumores de próstata, respectivamente (5,6): Os resultados do PCPT mostraram uma redução significativa na prevalência, de 24,8% no período de 7 anos, para o grupo tratado com finasterida. Entretanto, ocorreu um aumento significativo na incidência de tumores de alto grau [escore de Gleason 7–10 – ver a legenda (c) na Tabela 1] no grupo finasterida.

No estudo REDUCE, a dutasterida foi associada a uma redução de risco relativo de 22,8% ($p < 0,001$). Nos primeiros dois anos, não houve diferença significativa na incidência de tumores com escore de Gleason 8–10, porém nos terceiro e quarto anos, ocorreram 12 casos com escore de Gleason 8-10 no grupo dutasterida e 1 caso no grupo placebo ($p = 0,003$). Não ocorreu diferença de mortalidade global entre os dois grupos (7).

Uma revisão sistemática da Cochrane(8) avaliou a eficácia dos inibidores da 5-alfa-redutase na prevenção do câncer prostático, totalizando mais de 41 mil indivíduos. Ocorreu uma redução relativa de risco de 26% na prevalência dessa neoplasia nos indivíduos tratados, mas com 0,55–1,0 no intervalo de confiança de 95%, com redução absoluta de 2,9% (6,3% versus 9,2%). Com relação à mortalidade global e àquela relacionada ao câncer de próstata, os ensaios não produziram diferenças entre os grupos tratados e placebo.

Portanto, os inibidores da 5-alfa-redutase diminuem a incidência de neoplasias prostáticas malignas, entretanto não se sabe se isso pode ter algum efeito na mortalidade pelo câncer de próstata, além do que o aumento de tumores de grau indiferenciado associado ao uso desses medicamentos é algo relevante e ainda não bem explicado. Desta forma, o seu uso para a prevenção do câncer prostático ainda não tem evidência suficiente para ser indicada.

Outras medidas preventivas foram analisadas para a prevenção do câncer de próstata. O SELECT (The Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial) comparou o uso de selênio e vitamina E, isoladamente ou em conjunto, com o placebo, em mais de 35 mil homens, com o objetivo de prevenir o câncer de próstata. Não houve diminuição da incidência dessa neoplasia nos grupos tratados; ao contrário, observou-se aumento significativo de câncer de próstata no grupo que usou vitamina E. (9).

E medidas, como exposição solar, uso de vitaminas, licopeno, anti-inflamatórios não esteroidais e estatinas também não possuem evidências de que possam prevenir o aparecimento de neoplasia prostática. (10-13).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- C61 Neoplasia maligna da próstata
- D75 Carcinoma in situ da próstata

4 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO/DETECÇÃO PRECOCE

O rastreamento populacional do câncer de próstata é um dos tópicos mais discutidos e controversos relacionados ao tema, e motivo de debate constante. Apesar de ser facilmente realizado pela dosagem do PSA e realização do toque retal (TR), sua validade como método para diagnóstico de neoplasias em estágios precoces, e consequente diminuição da mortalidade, ainda é muito questionada. O risco de um homem ter um câncer de próstata diagnosticado durante a sua vida é de 16%, dado que demonstra a prevalência desta neoplasia no homem, mas o risco de mortalidade por câncer de próstata é de apenas 3,4%, o que reafirma a sua indolência numa grande proporção dos casos. (14).

As diretrizes mais recentes da Associação de Urologia Americana (AUA) trouxeram mudanças importantes nas condutas de rastreamento com PSA para câncer de próstata. Baseando-se nos ensaios clínicos que fundamentaram essas diretrizes, somente os pacientes com idade entre 55–69 anos deveriam ser considerados para o rastreamento, após exposição dos benefícios e riscos de tal procedimento. (15).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em suas diretrizes, também não indica o rastreamento populacional, pois não há evidências de que o tratamento de tumores em estádios iniciais tenha uma efetividade que supere os riscos dos efeitos adversos. (16).

Atualmente, a principal recomendação quanto à realização do PSA é para o diagnóstico precoce de câncer de próstata, cuja decisão seja individualizada, com os benefícios e consequências de um diagnóstico precoce muito bem discutido com o homem, além da necessidade de realização de biópsia transretal e seus riscos. (17).

4.2 DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO POR IMAGEM E CIRÚRGICO

A maioria absoluta dos pacientes é assintomática. Na prática médica, de um modo geral, os métodos por imagem possuem um papel limitado tanto no diagnóstico quanto no estadiamento clínico da doença. A ultrassonografia transretal é o método de escolha para a realização da biópsia prostática, porém com a finalidade de orientar o posicionamento da agulha nas diferentes zonas da próstata.(18) A ressonância magnética (RM) tem indicação em casos bastante selecionados. Ambos os métodos também têm baixa acurácia na determinação da extensão local da doença.

Uma meta-análise que avaliou o papel da ressonância no estadiamento do tumor de próstata mostrou que este exame pode prever a presença de extensão extracapsular e comprometimento de vesículas seminais com 50% a 92% de acurácia. (19)

A avaliação dos linfonodos ocorre, geralmente, com a retirada dos linfonodos das cadeias obturatórias e ilíacas, durante o transoperatório da prostatectomia radical retropúbica. A avaliação cintilográfica por tomografia computadorizada (TC) ou RM fica restrita a pacientes de alto risco; mesmo assim, estes exames carecem de sensibilidade e especificidade. Da mesma forma, na avaliação de metástases à distância, em especial para o esqueleto axial, a indicação de investigação fica limitada aos pacientes de risco intermediário e alto, podendo ser feita pela utilização da cintilografia óssea de corpo total. Em casos selecionados, a ressonância da coluna pode auxiliar no diagnóstico de metástase óssea.

O estadiamento do adenocarcinoma de próstata para definição do estágio da doença é determinado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC)(20), no qual são utilizados os critérios T (tumor), N (lifonodo) e M (metástases) e a graduação histopatológica usando-se o escore de Gleason.

Para os tumores localizados (ausência de invasão das vesículas seminais ou de outro órgão), a classificação de D'Amico(21) distingue três níveis de risco de recidiva bioquímica em 10 anos após um tratamento local (Tabela 1). Este escore é definido de acordo com dados do toque retal, do valor do PSA e do escore de Gleason determinado pelos aspectos arquiteturais do tumor, mais ou menos diferenciados, ao exame anátomo-patológico.

TABELA 1: Câncer de próstata localizado: risco de recidiva bioquímica (classificação de D'Amico)(21)

	Risco baixo(a)	Risco Intermediário	Risco alto(b)	Exames Indicados
Estádio Clínico	Até T2a	T2b	T2c-T3a	Exames laboratoriais
Escore de Gleason(c)	Até 6.	7	Acima de 7.	Exames laboratoriais, radiografia simples de tórax e cintilografia óssea
PSA sérico (ng/mL)	Abaixo de 10.	Acima de 10 e abaixo de 20.	Acima de 20.	Exames laboratoriais, radiografia simples de tórax, cintilografia óssea e TC ou RM de abdome e pelve.

(a) Um risco baixo implica na totalidade dos critérios.

(b) Um único critério presente é suficiente para considerar um alto risco.

(c) O escore de Gleason é baseado em dois dos padrões encontrados ao exame microscópico da próstata: Um, chamado de padrão primário, representa a maior parte encontrada, sendo classificado em 5 graus de diferenciação; o outro, o padrão secundário, representa a menor parte encontrada e é também classificado em 5 graus. Com a soma dos respectivos graus obtém-se o escore de Gleason.

4.2.1 Classificações para Extensão da doença e Prognóstico

Estádio TNM

T - Tumor Primário

TX - O tumor primário não pode ser avaliado.

T0 - Não há evidência de tumor primário.

T1- Tumor clinicamente inaparente, não palpável nem visível por meio de exame de imagem.

T1a - Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado.

T1b - Achado histológico incidental em mais de 5% de tecido ressecado.

T1c - Tumor identificado por biópsia por agulha (p.ex., devido a PSA elevado).

T2 - Tumor confinado à próstata. [Nota: Tumor encontrado em um ou em ambos os lobos, por biópsia por agulha, mas não palpável ou visível por exame de imagem, é classificado como T1c].

T2a - Tumor que envolve uma metade de um dos lobos ou menos.

T2b - Tumor que envolve mais da metade de um dos lobos, mas não ambos os lobos.

T2c - Tumor que envolve ambos os lobos.

T3 - Tumor que se estende através da cápsula prostática. [Nota: A invasão do ápice prostático ou da cápsula prostática (mas não além desta) é classificada como T2 e não como T3].

T3a - Extensão extracapsular (uni ou bilateral) incluindo envolvimento microscópico do colo vesical.

T3b - Tumor que invade vesícula(s) seminal(ais).

T4 - Tumor que está fixo ou que invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus, e/ou parede pélvica.

N - Linfonodos Regionais

NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.

N0 - Ausência de metástase em linfonodo regional.

N1 - Metástase em linfonodo regional.

M – Metástase à Distância (*)

M0 - Ausência de metástase à distância.

M1 - Metástase à distância

M1a - Linfonodo(s) não regional(ais)

M1b - Osso(s)

M1c - Outra(s) localização(ões).

(*) Nota: Usa-se a categoria mais avançada quando existe metástase em mais de uma localização. A categoria mais avançada é pM1c.

Classificação Patológica - pTNM

As categorias pT e pN correspondem às categorias T e N. Inexiste a categoria pT1, pois não existe tecido suficiente para determinar a maior categoria pT.

Nota: Metástase inferior a 0,2 cm pode ser designada pN1mi.

Gradação Histopatológica - G

GX - O grau de diferenciação não pode ser avaliado.

G1 - Bem diferenciado (anaplasia discreta) (Gleason 2-4).

G2 - Moderadamente diferenciado (anaplasia moderada) (Gleason 5-6).

G3-4 pouco diferenciado/indiferenciado (anaplasia acentuada) (Gleason 7-10).

Grupos Prognósticos					
Grupo I	T1a-c	N0	0	PSA abaixo de 10	Gleason até 6
	T2a	N0	0	PSA abaixo de 10	Gleason até 6
Grupo IIA	T1a-c	N0	0	PSA abaixo de 20	Gleason 7
	T1a-c	N0	0	PSA igual ou acima de 10 e abaixo de 20	Gleason até 6
	T2a,b	N0	0	PSA abaixo de 20	Gleason até 7
Grupo IIB	T2c	N0	0	Qualquer PSA	Qualquer Gleason
	T1-2	N0	0	PSA 20 ou mais	Qualquer Gleason
	T1-2	N0	0	Qualquer PSA	Gleason 8 ou mais
Grupo III	T3a,b	N0	0	Qualquer PSA	Qualquer Gleason
Grupo IV	T4	N0	0	Qualquer PSA	Qualquer Gleason
	Qualquer T	N1	0	Qualquer PSA	Qualquer Gleason

Grupamento por Estádios			
Estádio I	T1, T2a	N0	M0
Estádio II	T2b, T2c	N0	M0
Estádio III	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
Estádio IV	Qualquer T	N1	M0
	Qualquer T	Qualquer N	M1

Nota: Quando o PSA ou o escore de Gleason não estão disponíveis, o grupamento deve ser determinado pela categoria T e com aquele que estiver disponível, seja o PSA ou o escore de Gleason. Quando nenhum dos dois estiver disponível, não é possível estabelecer o grupamento prognóstico; usa-se, então, o grupamento por estádios.

5. OPÇÕES TERAPÊUTICAS

5.1 CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

A ausência de meta-análises e revisões sistemáticas, bem como de ensaios clínicos bem desenhados, impossibilitam a definição da modalidade terapêutica mais eficaz para a doença localizada. Desta forma, considera-se que as modalidades possuem eficácia semelhante, diferindo apenas na incidência de efeitos adversos.

Com o uso do PSA para a busca de câncer de próstata em indivíduos de risco, ocorreu um aumento no diagnóstico de pacientes com doença localizada e de baixo risco, os quais representam quase a metade dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata.(25)

As opções terapêuticas disponíveis atualmente variam conforme a agressividade do tumor e características do paciente e incluem:

- a) apenas a observação;
- b) a vigilância ativa, em casos de bom prognóstico ou em pacientes com comorbidades; ou
- c) condutas invasivas (como a prostatectomia radical) ou a radioterapia, nos pacientes com tumores de comportamento agressivo.

5.1.1 Observação

A observação de paciente com câncer de próstata teve sua introdução na era pré-PSA, quando o diagnóstico da doença era realizado pela ressecção transuretral de próstata (RTU), e nos casos com pequena quantidade de tumor na amostra, sendo a observação mantida até o desenvolvimento de sintomas.

Reunidos em uma revisão sistemática da Cochrane(26), dois artigos compararam a prostatectomia radical com a observação. Um deles, o Veterans Administration Cooperative Urological Research Group, ainda da era pré-PSA e de metodologia questionável, não conseguiu mostrar diferenças entre as duas condutas terapêuticas. Já o estudo SPCG-4, ensaio clínico randomizado (ECR) realizado na Suécia também na era pré-rastreamento com PSA e que incluiu somente 5% de pacientes diagnosticados pela elevação do PSA, não mostrou diferença significativa na mortalidade global após 12 anos entre os braços prostatectomia radical e observação (33% versus 40%, respectivamente); porém, uma análise de subgrupo evidenciou uma diferença estatisticamente significativa na mortalidade global em favor da prostatectomia radical somente para homens com até 65 anos de idade (22% versus 40%).

A mortalidade específica por câncer em todo grupo também foi menor no grupo prostatectomizado (12,5% versus 18%). Metástases à distância e progressão local foram igualmente menores no grupo dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Em contrapartida, os pacientes tratados cirurgicamente tiveram mais eventos adversos relacionados ao tratamento, principalmente relacionados com continência urinária e função sexual.(27)

Em reanálise recente após 15 anos de seguimento, o benefício sobre a diminuição da mortalidade específica câncer nos pacientes tratados com prostatectomia se manteve, com um número necessário para tratar (NNT) de 15, sendo de 7 quando avaliados apenas homens com menos de 65 anos.

A observação se considera em caso de tumor localizado (risco baixo ou intermediário) e não agressivo, em paciente idoso ou que apresenta comorbidades relevantes (expectativa de vida até 10 anos).

5.1.2 Vigilância Ativa

O princípio da vigilância ativa consiste em não iniciar o tratamento (com intenção curativa) salvo caso de sinal de evolução da doença. Esta conduta é reservada aos tumores localizados com baixo risco de evolução (classificação de D'Amico), nos pacientes com expectativa de vida com 10 ou mais anos.(28)

Acompanhados durante 6,8 anos, 450 pacientes foram colocados em vigilância ativa, e uma terapia definitiva foi oferecida para os pacientes com tempo de duplicação do PSA menor de 3 anos, progressão do escore de Gleason 7 (4 + 3) ou maior, ou progressão clínica inequívoca. A sobrevida global foi de 78%, com 30% dos pacientes necessitando tratamento definitivo por progressão da doença.(29).

Existem várias propostas para a realização de vigilância ativa, a maioria usando a dosagem seriada do PSA e a realização de toque retal, associadas à realização de biópsias prostáticas anuais. A evolução da doença, nestes casos, pode ser constatada por um aumento progressivo ou significativo das dosagens de PSA, o aparecimento de nódulo ou alteração na consistência da próstata, e uma alteração no exame anátomo-patológico, que indique uma progressão para um grau mais agressivo da neoplasia.

5.1.3 Prostatectomia Radical

A prostatectomia radical (PRR) consiste na ressecção completa da próstata, incluindo a uretra prostática, das vesículas seminais e ampolas dos ductos deferentes, associada ou não a realização de linfadenectomia bilateral. É uma cirurgia que começou a ser realizada no início do século, mas que só foi aprimorada na década de 1980, com o melhor conhecimento anatômico da vascularização e inervação da pelve masculina, melhorando os resultados patológicos e funcionais, e colocando-a como uma opção ao tratamento do câncer de próstata localizado. (4)

Ainda hoje, é considerada o tratamento padrão-ouro para o câncer de próstata localizado, sem evidência de que outros tratamentos sejam mais eficazes no controle da doença e no desfecho de mortalidade. Além disso, como já apontado previamente, a prostatectomia radical mostra um benefício significativo sobre o não tratamento dos pacientes com câncer de próstata, sendo o único método de tratamento avaliado por ECR para tumores localizados que reduz a progressão para metástases e a mortalidade. (27,30,31)

A abordagem cirúrgica pode ser por via retropúbica, perineal ou laparoscópica (pré-peritoneal ou trans-peritoneal), assistida ou não por robô. A via perineal é usada por alguns cirurgiões, mas possui a desvantagem de não poder acessar linfonodos pélvicos, além de cursar com maiores riscos de complicações e lesões retais. A abordagem retropúbica ainda é a mais utilizada, com ótimo controle tumoral. A laparoscópica é também uma técnica empregada, porém seu uso não alcançou um grande número de adeptos, devido às dificuldades técnicas e grande curva de aprendizado para sua melhor realização. Apesar disso, os estudos não demonstram que ela seja inferior à cirurgia aberta. Na tentativa de tornar a prostatectomia mais acessível para os cirurgiões não laparoscopistas e melhorar os resultados cirúrgicos, surgiu a prostatectomia radical robótica(32,33), técnica de alto custo de realização e que se encontra ainda em fase de absorção e disseminação no Brasil. Inexistem estudos bem estruturados que comparem a prostatectomia radical retropúbica com as modalidades minimamente invasivas.

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos, a grande maioria não randomizados e retrospectivos, mostrou uma menor perda sanguínea e de necessidade de transfusão com os métodos não invasivos (laparoscopia), mas não encontrou diferenças em termos de resultados oncológicos (margens cirúrgicas), nem resultados funcionais (continência e potência), apesar da recuperação funcional ocorrer de maneira mais precoce nos pacientes submetidos à prostatectomia assistida por robô(34) .

Outro estudo comparou os métodos minimamente invasivos com a cirurgia aberta, mostrando menores complicações perioperatórias e menos tempo de hospitalização a favor da cirurgia minimamente invasiva, porém com maior número de esclerose de colo vesical e maior necessidade, com os métodos minimamente invasivos, de terapias de resgate (35).

Há estudo que compara a cirurgia aberta retropúbica com as cirurgias minimamente invasivas mostra que pacientes submetidos a prostatectomia minimamente invasiva tem uma hospitalização mais curta, menores taxas de transfusão e de complicações respiratórias e cirúrgicas e menos estreitamentos de anastomose; entretanto, apresentam maior risco de incontinência e disfunção erétil (35). Uma meta-análise demonstrou que a prostatectomia assistida por robô apresenta menores taxas de sangramento e necessidade de transfusão do que a técnica aberta, e o risco de transfusão é menor em relação a prostatectomia radical videolaparoscópica(36). Quanto aos resultados oncológicos, os estudos disponíveis até o momento não conseguem demonstrar uma diferença estatisticamente significativa (37).

Portanto, devido a escassez e precariedade das evidências disponíveis, não se pode afirmar qual dessas técnicas apresenta os melhores resultados do ponto de vista de controle tumoral e funcionalidade genitourinária.

Quanto à realização de linfadenectomia, se considera que é indicada nos casos de pacientes com doença de risco intermediário a alto. A mesma deve ser sempre estendida, não havendo papel para a linfadenectomia limitada (38).

Inexiste evidência que justifique o uso de hormonioterapia neoadjuvante ou adjuvante à prostatectomia radical (39-41).

5.1.4 Radioterapia

A radioterapia do câncer de próstata localizado inclui diversos tipos (externa e interna ou braquiterapia – com o uso de implante radioativo permanente ou temporário), técnicas de radioterapia externa (convencional ou tridimensional – conformada, de intensidade modulada, guiada ou não por imagem durante o tratamento) e interna (de baixa taxa de dose, de alta taxa de dose) e formas de aplicação (isolada ou combinada)(42). Radioterapia externa hipofracionada e ultrahipofracionada, radioterapia estereotática (radiocirurgia fracionada) e planejamento em tempo real (intraoperatório) necessitam de estudos consistentes para que se possa estabelecer como uma boa prática terapêutica do câncer de próstata.

As diferentes técnicas de radioterapia externa tridimensional dependem de sistemas de planejamento específicos após a aquisição de imagens de TC ou RM, buscando-se permitir que os órgãos e o alvo tumoral sejam delineados e abordados com otimização de dose dentro do limite de tolerância dos órgãos próximos ao alvo tumoral, que recebe a dose requerida para controle da doença. O “planejamento inverso” (inverseplanning) surgiu em função da preocupação com a dose aplicada nos tecidos normais. A utilização do planejamento inverso é específica para a radioterapia de intensidade modulada (IMRT, sigla em Inglês) - tipo de radioterapia conformada ou radioterapia guiada por imagem (IGRT, sigla em Inglês) - aplicável à IMRT -, técnicas que permitem com a utilização de atenuadores de feixe de energia executar os tratamentos com campos múltiplos e administrar a dose de acordo com o planejado. Inexistem estudos comparativos randomizados entre a radioterapia externa e a braquiterapia, e a escolha do tipo, técnica e forma dependerá do volume prostático, do risco de existência de doença extraprostática que acarreta recidiva local e à distância, de sintomas de obstrução urinária, de comorbidades apresentadas pelo doente (42) e da disponibilidade tecnológica do serviço de radioterapia. Recorda-se que a radioterapia externa utiliza os mesmos equipamentos de teleterapia que é utilizado para a radioterapia de outras neoplasias malignas e dispensa a aquisição frequente de fontes radioativas e o uso de anestesia geral.

A radioterapia externa é uma das opções de tratamento do câncer de próstata clinicamente localizado e pode ser indicada para todos os três grupos prognósticos de D’Amico (Tabela 1), isolada ou em associação com hormonioterapia, conforme o estadiamento, e, como já mencionado, pode ser aplicada por meio de diversas técnicas.

Os volumes-alvo de tratamento são a próstata, ambas vesículas seminais e os linfonodos pélvicos. A identificação dos pacientes que se beneficiarão da radiação de linfonodos pélvicos é controversa e pode ser considerada nos casos de pacientes de risco alto (43).

Os órgãos sob risco de toxicidade tardia são, principalmente, o reto, a bexiga e em menor proporção as cabeças femorais. A dose padrão por fração é de 1,8 a 2 Gray (Gy), totalizando 70-74 Gy, dividida em 5 frações por semana durante 7 a 8 semanas. A escalada de dose é cada vez mais proposta e corresponde a uma dose de 76 a 80 Gy ou mais. Esta dose elevada somente é possível (com toxicidade aceitável) pelo uso de técnicas de radioterapia conformada. A distribuição de dose é validada antes do tratamento qualitativamente pela visualização de curvas de isodose sobre a TC e quantitativamente por meio de histogramas dose-volume para cada um dos órgãos de interesse. Ficou demonstrado que o risco de morbidade a longo prazo é diretamente relacionado com a dose de radiação recebida por cada órgão (44-47).

Estes dados levaram ao desenvolvimento de restrições de dose para o intestino delgado e reto, cabeças femorais e bexiga. Inexiste consenso sobre dose para minimizar a disfunção erétil (46).

Como já mencionado, as técnicas de radioterapia evoluíram para permitir que doses mais altas sejam administradas com segurança, a partir de um planejamento tridimensional (3D). Por exemplo, a radioterapia conformada tridimensional (RCT-3D) substituiu a precedente, bidimensional, com demonstração de ser menos tóxica por um estudo randomizado (48). Ela é planejada a partir de uma TC pélvica que permite uma reconstrução 3D dos volumes de interesse e uma simulação virtual dos feixes de irradiação. A segunda geração de técnica tridimensional (3D), a IMRT, reduz adicionalmente e significativamente o risco de toxicidade gastrointestinal comparada à RCT-3D.

A vantagem técnica da IMRT é a capacidade de incidir altas doses de radiação na próstata enquanto minimiza as doses nos órgãos sadios adjacentes. Em um estudo retrospectivo, Zelefsky e colaboradores mostraram que a taxa de morbidade gastrointestinal em 10 anos era inferior para os pacientes tratados com IMRT, quando comparados aos tratados com a RCT-3D (5% versus 13%, respectivamente), mesmo considerando que os pacientes tratados com IMRT receberam dose mais alta na próstata. (49)

Vale ressaltar que pode haver perda de eficácia causada pela heterogeneidade da dose no segmento irradiado, necessitando de um controle de qualidade cuidadoso, e, apesar da redução de toxicidade alegada, a IMRT é tratamento é mais prolongado, e a exposição por mais tempo dos tecidos saudáveis à radiação pode gerar efeitos biológicos indesejáveis.

Um estudo que utilizou dados do SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) e comparou a morbidade e o controle de doença entre mais de 12.000 pacientes com câncer de próstata tratados com IMRT e RCT-3D, entre 2000 e 2007, demonstrou que o grupo tratado com IMRT apresentou melhor controle de doença, menor probabilidade de complicação gastrointestinal e fratura de quadril a despeito da maior dose empregada (50).

A braquiterapia do câncer de próstata pode ser de baixa taxa de dose (BBTD) ou de alta taxa de dose (BATD), e de uso isolado (em casos selecionados de baixo risco de recidiva) ou associado a radioterapia externa (em casos selecionados de risco intermediário ou alto), sendo ainda pendente de estudos se deve ser aplicada em todos os casos de risco intermediário (42). Também cabe de imediato ressaltar a necessidade de experiência e porte tecnológico do serviço de radioterapia e suporte técnico apropriado do hospital para utilização desse tipo de radioterapia.

A BBTD consiste no implante definitivo e de uma só vez de fontes radioativas (sementes de iodo 125 ou de paládio 103). Por possuírem fraca energia, essas fontes permitem uma irradiação pouco penetrante, além da posição da semente (fraca irradiação retal e vesical, contrariamente à radioterapia externa), mas tendo o inconveniente de não tratar além da cápsula (sendo aplicável, assim, ao tratamento dos tumores estritamente intracapsulares, portanto pouco avançados).

Tem como vantagem o fato de que o tratamento é concluído em um dia e que suas taxas de controle do câncer parecem ser comparáveis às da cirurgia para tumores de baixo risco. As sementes são inseridas sob anestesia geral ou raquianestesia, ficando o paciente hospitalizado pelo menos na noite seguinte pelo risco de retenção urinária. O principal órgão sob risco de toxicidade é a uretra e, em menor proporção, o reto. A braquiterapia com implantes radioativos permanentes como monoterapia é uma opção exclusiva para pacientes de risco baixo selecionados, com doença localizada (cT1-T2a N0M0), pouco agressiva (escore de Gleason até 6, PSA até 10 ng/mL), com baixo volume tumoral (menos de 50% dos fragmentos da biópsia), próstata de baixo volume (menos de 60 cm³), e pacientes cuja auto-avaliação pelo questionário do International Prostate Symptom Score (IPSS) seja pontuada até 12 (ou seja, que tenham sintomas miccionais moderados).

A BATD consiste da introdução transperineal de cateteres guiada por ultrassonografia, após planejamento por TC. Por controle remoto, as unidades do radioisótopo (irídio 192) são liberadas através dos cateteres, e altas doses (de 4-6 Gy) são administradas durante intervalos de 24-36 horas. A BATD oferece várias vantagens sobre outras técnicas: a otimização da dose na próstata, reduzindo o potencial de subdose nas chamadas áreas frias (cold spots); redução de exposição à radiação da equipe envolvida no procedimento, quando comparada à BBTD; e maior eficácia tumoricida radiobiológica nos casos de volume tumoral maior ou fatores prognósticos adversos, também comparativamente à BBTD (42).

Inexistem estudos randomizados que comparem a braquiterapia com as outras modalidades de tratamento curativo para o adenocarcinoma localizado de próstata; entretanto, considera-se que com ela se obtenha controle da doença localizada semelhante ao alcançado com a radioterapia externa e a prostatectomia radical(50,51) e um ótimo controle tumoral a longo prazo (sobrevida global e específica em 12 anos de 81% e 93%, respectivamente(52).

Também não existem estudos que comparem as BBTD e BATD ou estabeleçam a sequência ótima de radioterapia (BATD pré- ou pós-radioterapia externa) ou os radioisótopos utilizados na braquiterapia, não havendo, assim, evidência que demonstre a superioridade de técnica ou método radioterápico sobre outro (42).

Indicações de tratamento por grupo de risco de recidiva bioquímica

Existe mais de uma alternativa terapêutica para o tratamento do adenocarcinoma prostático localizado, dependendo da sua categoria de risco de recidiva bioquímica (aumento isolado do PSA). A radioterapia pode ser considerada em todos eles. A classificação de risco de D'Amico (Tabela 1) é a mais utilizada para guiar a escolha da opção mais apropriada.

Supressão androgênica – hormonioterapia cirúrgica (orquiectomia bilateral) ou hormonioterapia medicamentosa (com agonista do hormônio liberador de hormônio luteinizante - LHRH) - é associada a radioterapia para os casos em estádios mais localmente avançados e de risco alto. Além destes casos, pode-se indicar hormonioterapia neoadjuvante (prévia) por três meses antes do início da radioterapia com o objetivo de reduzir o volume prostático de pacientes que apresentem próstata volumosa, independentemente do grupo de risco a que pertençam.

São os critérios terapêuticos adotados:

1. Adenocarcinoma de risco baixo (T1-2a, escore de Gleason até 6 e PSA até 10ng/mL) - Discussão com o paciente, havendo três opções terapêuticas de igual eficácia, de diferentes modalidades e efeitos secundários: prostatectomia radical, radioterapia externa ou braquiterapia.

Para pacientes com câncer de próstata e baixo risco de recidiva, não existe estudo randomizado que tenha comparado prostatectomia com radioterapia. Vários estudos retrospectivos mostraram equivalência dos tratamentos para os tumores de bom prognóstico, em termos de sobrevida livre de recidiva bioquímica. O estudo retrospectivo que parece mais demonstrativo é o de D'Amico, que incluiu 1.872 homens, estratificados de acordo com grupos de risco pré-tratamento e tratados com radioterapia externa, prostatectomia radical ou braquiterapia. A análise de estratificação de risco demonstrou que o benefício dos três tratamentos foi semelhante para o grupo de pacientes com risco baixo com aumento de PSA pós-tratamento (53). Portanto, em pacientes com risco baixo de recidiva pós-tratamento, prostatectomia radical, radioterapia externa em dose elevada (preferencialmente 74 Gy ou mais) ou braquiterapia (respeitados os critérios de indicação da BBTD, quando esta for disponível e a selecionada) resultam em sobrevida livre de progressão semelhante, embora estudos de desfechos cirúrgicos tenham em geral acompanhamento mais longo.

2. Adenocarcinoma de risco intermediário - Há duas opções terapêuticas: prostatectomia radical com linfadenectomia ou radioterapia externa em dose elevada ou associada a hormonioterapia de curta duração [análogo de LHRH durante 4-6 meses, neoadjuvante (prévia) ou concomitante/adjuvante) com eventual dose de reforço na próstata por braquiterapia.

A hormonioterapia isolada não é recomendada(54), embora, para os pacientes de risco intermediário, haja um estudo randomizado que mostrou aumento da sobrevida no grupo de pacientes alocados para hormonioterapia de curta duração (6 meses)(55).

3. Adenocarcinoma de risco alto – Também há duas opções terapêuticas: radioterapia externa (com escalada de dose e irradiação pélvica) e hormonioterapia de longa duração (análogo de LHRH durante 3 anos, neoadjuvante (prévia) e concomitante/adjuvante ou prostatectomia radical com linfadenectomia.

Nos pacientes com câncer de risco alto, a hormonioterapia de longa duração associada à radioterapia aumenta a sobrevida global comparada à radioterapia isolada, benefício mostrado em mais de um ensaio randomizado(56-58).

O benefício da escalada de dose de radioterapia (68-70 Gy versus 78-80 Gy) sobre a sobrevida livre de recidiva bioquímica (e não sobrevida global) foi mostrado por quatro estudos randomizados, principalmente nos casos de tumores de prognóstico intermediário (59-64).

O estudo que avaliou o aumento gradual da dose em 301 pacientes com câncer de próstata T1b a T3, com acompanhamento mediano de 8,7 anos, encontrou menos falha bioquímica ou clínica no grupo randomizado para receber 78 Gy comparado ao que recebeu 70 Gy (78% versus 59%, $p = 0,004$). A diferença foi maior entre os pacientes com PSA inicial cima de 10 ng/ml (78% versus 39%, $p = 0,001$)(65). Entretanto, a escalada de doses está associada a maior toxicidade e melhor controle da doença, sem aumento de sobrevida global e aguarda estudos mais consistentes para sua recomendação.

5.1.5 Tratamento de resgate após cirurgia e radioterapia (recidiva bioquímica)

A recidiva bioquímica (RB) é caracterizada pelo aumento do PSA, isoladamente.

Vinte por cento a 40% dos homens submetidos a prostatectomia radical apresentarão RB dentro de 10 anos após o tratamento(66). Sugere-se haver relação entre o tempo de duplicação do PSA (TD-PSA) e o comportamento biológico do adenocarcinoma da próstata. Um mínimo de três medidas consecutivas é necessário para calcular-se o TD-PSA. Tumores agressivos têm TD-PSA abaixo de 2-3 anos, enquanto que TD-PSA acima de 2-3 anos sugere um câncer indolente (42,67).

Com o advento do PSA, este marcador passou a ser usado como o principal indicador de recorrência, como apresentado em um estudo retrospectivo, o qual mostrou que os pacientes que desenvolvem metástases após tratamento com finalidade curativa, necessariamente apresentam elevação do PSA antes do aparecimento das metástases. Além disso, essa elevação do PSA precede, em média, 8 anos esse aparecimento (68).

A definição dos valores do PSA que indicam recorrência da doença varia conforme o tipo de tratamento prévio. Para pacientes que se submeteram à prostatectomia radical, o valor mais aceito é o de PSA acima de 0,2 ng/mL(69), apesar de alguns autores preconizarem valores acima de 0,3 ng/mL ou acima de 0,4 ng/mL.

Nos pacientes tratados inicialmente por radioterapia, a RB é definida quando detectada uma elevação do PSA igual ou superior a 2 ng/mL acima do nadir (menor valor de PSA pós-tratamento) (70).

Quanto ao local da recorrência, pode-se levar em consideração os seguintes aspectos, que sugerem uma recorrência local com 80% de probabilidade: aumento do PSA após 3 anos da PRR, TD-PSA acima de 11 meses, escore de Gleason até 6 e classificação abaixo de pT3apN0, pTxR1. Em contrapartida, sugere recorrência sistêmica com mais de 80% de acurácia quando o PSA aumenta antes de 1 ano da PRR, o TD-PSA é de 4 – 6 meses, o escore de Gleason é de 8–10 ou a classificação é dada como pT3b, pTxN1(15).

Pacientes que apresentam RB com padrão compatível com provável recorrência local pós-PRR têm indicação de tratamento com radioterapia externa de resgate ou salvamento (RTSalv), com o intuito de proporcionar maior controle de doença no longo prazo. O sucesso da RTSalv no controle da RB varia entre 40%-60%(71-73).

Em pacientes com RB pós-PRR, com tempo de duplicação do PSA menor que 6 meses, independentemente de outros fatores, demonstrou-se que a RTSalv do leito prostático e fossa obturatória antes de 2 anos após a ocorrência de RB proporciona aumento da sobrevida específica, quando comparada a pacientes em que a RTSalv é aplicada após 2 anos da RB (74). Um estudo retrospectivo que comparou observação a RTSalv em pacientes com RB pós-PRR forneceu pela primeira vez evidência de benefício na sobrevida global também para o grupo de pacientes com tempo de duplicação do PSA igual ou maior que 6 meses, bem como a redução de mortalidade geral no grupo com TD-PSA (75).

A seleção adequada de pacientes depende do conhecimento de fatores associados a boa ou má resposta à RTSalv. Escore de Gleason 8-10, PSA pré-RTSalv acima de 2 ng/ml, margens cirúrgicas negativas, invasão de vesícula seminal e DT-PSA menor que 10 meses são preditores de resposta bioquímica e progressão metastática (76).

A RTSalv é uma alternativa adequada de tratamento de resgate, quando administrada no momento do diagnóstico de pacientes com RB após PRR. Os volumes de tratamento são o leito tumoral-prostático e anastomose na dose de 66-70 Gy, 5 frações por semana, de 1,8 a 2 Gy cada, de radioterapia externa com planejamento 3D.

Com relação à RB nos pacientes que receberam primariamente radioterapia externa ou braquiterapia, na grande maioria das vezes esses pacientes têm indicação de hormonioterapia(77). Isso ocorre devido ao temor de se realizar um prostatectomia radical de salvamento nesses pacientes, secundário aos maus resultados funcionais e oncológicos desta cirurgia, principalmente em estudos da era pré-PSA. Trinta por cento a 50% dos pacientes terão complicações clínicas e cirúrgicas, e os níveis de incontinência urinária após essa cirurgia pode chegar a 50%(78). Mas como já citado, com o uso do PSA, além da evolução das técnicas de radioterapia externa, essas complicações podem ser menos frequentes. Quanto ao controle oncológico, pacientes com tumores de baixo risco apresentam uma sobrevida livre de progressão, em 5 anos, de 60%-80%, quando submetidos a RTSalv(79,80). Outras formas de tratamento desses pacientes são a crioblacção e a braquiterapia, mas que têm um uso muito restrito.

5.2 CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANÇADO (T3)

Paciente com tumores com extensão extracapsular e acometimento de vesículas seminais são, nos dias de hoje, menos frequentes, devido ao melhor acesso aos serviços de saúde e ao uso do PSA no diagnóstico precoce do câncer de próstata. Quando ocorrem, estes tumores conferem marcadamente pior prognóstico em relação aos tumores restritos à próstata (81).

Assim, como os demais casos de risco intermediário a alto, os casos de tumores localmente avançados não têm indicação de observação ou vigilância ativa, estando sempre indicada alguma modalidade terapêutica. Excetuam-se os casos de pacientes não candidatos a tratamento por problemas clínicos ou por não desejarem tratamento radical, os quais podem ficar sob “espera vigilante” (watchful waiting), com indicação de hormonioterapia quando da manifestação de sintomas progressão ou progressão tumoral.

Pacientes com tumores T3 geralmente necessitarão de mais de uma modalidade de tratamento, e a associação terapêutica poderá ser empregada de maneira simultânea, ou sequencial, conforme a progressão da doença. A PRR nesses casos pode ser empregada, apesar de ser uma cirurgia mais complexa e que necessita mais experiência do cirurgião, com relação aos tumores de baixo grau. Ensaios clínicos demonstram uma sobrevida livre de doença em 10 anos superior a 70%, e sobrevida específica por câncer de próstata de aproximadamente 90%, quando esses pacientes são submetidos à prostatectomia radical (82,83). Nos casos de pacientes submetidos a PRR, com tumor pT3 por margem cirúrgica acometida ou invasão extracapsular ou de vesícula seminal, ou no caso de tumores com escore de Gleason alto, PSA pré-operatório alto e PSA mensurável pós-RP, deve-se considerar o emprego de radioterapia adjuvante (RTA), pós-operatória. Pacientes com tumores pT3 ou com margem cirúrgica positiva apresentam alto risco para recorrência local. Três estudos prospectivos e randomizados merecem menção no que se refere a RTA em pacientes com câncer de próstata classificado clinicamente como abaixo de T2 e patologicamente como T3. A dose de irradiação utilizada nesses três estudos foi de até 66 Gy. Os estudos EORTC 22911 e SWOG S8794 avaliaram pacientes com tumores pT3 pós-PRR, submetidos a observação e RTA imediata (3-4 meses após a cirurgia).

O primeiro mostrou aumento da sobrevida livre de progressão bioquímica e sobrevida livre de progressão clínica, estatisticamente significativos, no grupo irradiado ($p < 0,0001$ e $p = 0,0009$, respectivamente), assim como a taxa cumulativa de falha loco regional foi significativamente menor no grupo irradiado ($p < 0,0001$). O seguimento de 5 anos não permitiu que se avaliasse o tempo para o desenvolvimento de metástase ou a sobrevida. No segundo, a sobrevida livre de metástase, o desfecho primário, foi significativamente maior no grupo submetido a RTA (HR 0,71; $p = 0,016$), assim como a sobrevida global (HR 0,72; $p = 0,023$). O número de pacientes com câncer de próstata pT3 que deve ser submetido a radioterapia para prevenir 1 morte num seguimento de 12 anos foi calculado em 9,1(84).

Outros estudos menos consistentes corroboram a RTA como opção efetiva para diminuir a probabilidade de RB pós-PRR. Numa comparação de pacientes com tumores de alto risco pT3-4N0 submetidos a RTA ou RTSalv, verificou-se que a RTA diminuiu a probabilidade de RB em relação a RTSalv(85). Em outro estudo com 199 pacientes submetidos a PRR, com tumores pT3b, PSA indetectável e sem evidência de metástase, a associação de RTA com hormonioterapia apresentou melhores taxas de sobrevida livre de RB, quando comparada com cada tratamento isoladamente e com observação somente (86).

Os primeiros três estudos anteriormente relatados fornecem evidência consistente de que RTA imediata, pós-operatória, aumenta a sobrevida livre de RB, a sobrevida livre de metástase e a sobrevida global de pacientes com tumor pT3 ou com margem cirúrgica acometida. Os volumes de tratamento e técnica empregada permanecem os mesmos descritos para a RTSalv. Por outro lado, a RTSalv acaba tendo sua principal indicação nos pacientes com tumores clinicamente localizados e que apresentam RB após a cirurgia. Mesmo nos pacientes com tumores de alto risco, há controvérsias quanto ao real benefício da radioterapia pós-operatória imediata ou da RTSalv, visto que mesmo pacientes de alto risco, em uma grande proporção, não apresentarão RB em 5 anos de seguimento (87).

Um estudo publicado demonstra que a radioterapia pós-operatória imediata traz maior benefício do que a RTSalv em pacientes de alto risco de recidiva (84).

Já o uso de hormonioterapia neoadjuvante (prévia) nos casos que serão submetidos à PRR e com tumores localizados ou localmente avançados, ao contrário dos casos submetidos à radioterapia, não apresenta melhora na sobrevida desses pacientes. Isso, a despeito de os resultados patológicos serem significativamente melhores (redução de margens acometidas, doença confinada à próstata e menor invasão linfonodal) do que nos casos em que a hormonioterapia não foi administrada (39).

Nos casos de pacientes com tumores cT3-T4, se optado por radioterapia, esta consiste em radioterapia externa associada a hormonioterapia de longa duração (análogo de LHRH durante 3 anos).

5.3 CÂNCER DE PRÓSTATA AVANÇADO (METASTÁTICO OU RECIDIVADO)

O tratamento das neoplasias prostáticas avançadas baseia-se na manipulação hormonal (hormonioterapia), com o bloqueio da testosterona a níveis de castração (abaixo de 50ng/ml ou 1,7nmol/L de testosterona sérica). Este bloqueio pode ser obtido cirurgicamente (orquiectomia bilateral) ou com medicamentos hormonioterápicos (agonistas LHRH, anti-androgênicos, estrógenos) e é dito máximo ou completo, quando se associa a castração (cirúrgica ou medicamentosa) com um anti-androgênio. Porém, a hormonioterapia também pode ser feita separadamente, com o acréscimo de diferentes classes de medicamentos à medida que ocorre a progressão do tumor. Por conta dos significativos eventos adversos e longo tempo de hormonioterapia, tem-se cogitado a possibilidade do bloqueio hormonal intermitente como alternativa ao bloqueio contínuo.(42,88)

O câncer de próstata avançado (tumores que apresentam recorrência após tratamento primário curativo, ou tumores que se apresentam metastáticos desde o seu diagnóstico) tem seu tratamento inicial baseado na hormonioterapia cirúrgica ou medicamentosa. Os objetivos do tratamento da neoplasia prostática avançada visam não somente a prolongar a vida do doente, mas, também, a prevenir e postergar os sintomas associados à progressão da doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo a morbidade do tratamento.

Uma parcela significativa dos gastos relacionados ao tratamento do câncer de próstata está debitada nos hormonioterápicos, per se e por seus eventos adversos; com isso, a escolha do tipo de hormonioterapia, momento de iniciá-la e associações, devem ser criteriosas e bem avaliadas.

O melhor momento de se iniciar a terapia hormonal é um dos principais pontos de discussão, e vários ensaios clínicos já avaliaram se há benefício no início precoce da hormonioterapia, ou se este tratamento deve ser postergado até o paciente começar a apresentar sintomas relacionados à progressão da doença, devido aos efeitos adversos dos hormonioterápicos.

Para avaliar o efeito da hormonioterapia precoce nos pacientes com câncer de próstata avançado como terapia primária ou após PRR, uma revisão sistemática da Cochrane (89) foi publicada, selecionando 4 ensaios clínicos, com um total de 3.447 pacientes tratados por diferentes tipos de terapia anti-androgênica (medicamentosa e cirúrgica), iniciados precocemente, ou postergada apenas para quando os pacientes apresentassem sinais ou sintomas de progressão tumoral. A sobrevida global em 10 anos foi estatisticamente melhor para os submetidos à terapia hormonal de início precoce, com uma diferença absoluta de 5,5%, apesar de apresentar um intervalo de confiança amplo. No primeiro, segundo e quinto anos, não ocorreu aumento de sobrevida global. A hormonioterapia precoce favoreceu a sobrevida específica, mas não foi estatisticamente significativa em nenhum momento da avaliação. A diminuição da progressão da doença foi o resultado mais consistente encontrado nesta revisão, mostrando benefícios para os pacientes tratados precocemente. As complicações relacionadas à progressão da doença foram analisadas somente em um estudo, e este demonstrou que elas são maiores no grupo no qual o tratamento é postergado. Ao contrário disto, os eventos adversos dos hormonioterápicos são maiores nos pacientes tratados precocemente.

Uma meta-análise (90) analisou os efeitos da hormonioterapia precoce versus tardia no câncer de próstata localmente avançado. Nestes casos, as opções terapêuticas eram a PRR, a vigilância ativa, a hormonioterapia isolada com agonistas de liberação do hormônio luteinizante (análogos de LHRH), e a radioterapia combinada ou não ao uso de anti-androgênicos (flutamida, bicalutamida ou ciproterona), sendo a radioterapia associada a hormonioterapia o tratamento mais empregado.

Os resultados desta meta-análise demonstraram que o bloqueio hormonal precoce tem um efeito positivo e significativo sobre a sobrevida global, sobrevida específica e sobre progressão da doença, principalmente quando realizado em conjunto com a radioterapia.

Quanto ao tipo de bloqueio hormonal no paciente com câncer de próstata avançado que ainda não recebeu hormonioterapia, e se este deve ser máximo (BAM – bloqueio androgênico máximo), foi realizada uma revisão sistemática(91) para avaliar se os pacientes submetidos ao BAM com castração central por orquiectomia ou administração de análogo de LHRH associada a anti-androgênico não esteroideal (nilutamida, flutamida ou bicalutamida). Apesar de apresentar alguns possíveis vieses, esta revisão selecionou 20 ensaios clínicos, que, quando analisados em conjunto, mostraram uma melhora progressiva na sobrevida global e específica por câncer de próstata nos pacientes tratados com BAM, mas que se torna significativa apenas após 5 anos do tratamento. Por outro lado, a progressão tumoral não mostrou diferença após o primeiro e segundo anos de tratamento. O NNT (número necessário para tratar) em 5 anos foi de 20,8 pacientes. Às custas disso, os pacientes submetidos ao BAM apresentaram um maior número de eventos adversos, principalmente gastrointestinais, resultando em má-aderência ao tratamento em torno de 10%.

Outras meta-análises publicadas anteriormente também já haviam encontrado resultados semelhantes. No ano de 2000, foram publicados dados de uma meta-análise de 27 ECR com mais de 8.000 pacientes, comparando diversas formas de BAM versus supressão androgênica isolada. Os dados deste estudo mostram que o uso de BAM pode aumentar a sobrevida absoluta em cinco anos entre 0% a 5%, com uma média de 2% – 3% (variando conforme o uso de anti-androgênio esteroideais e não esteroideais), porém esta diferença não é estatisticamente significativa, podendo estar ligada ao tipo de anti-androgênico utilizado, pois a nilutamida ou a flutamida parecem ter melhores resultados, quando comparadas à ciproterona (principalmente quando usados em combinação com análogo de LHRH).

A ciproterona, inclusive, quando usada em associação a análogo de LHRH, parece resultar em uma sobrevida inferior à monoterapia com análogo de LHRH. Neste estudo, a maioria dos pacientes apresentava metástases, porém mesmo para os não metastáticos, o BAM não se mostrou superior(92).

Uma meta-análise envolvendo 27 ECR, com quase 8.000 pacientes, também comparou a efetividade do bloqueio completo em relação ao uso isolado de terapia anti-androgênica (central ou periférica). Os desfechos avaliados foram os mesmos, observando-se novamente a dificuldade de avaliação dos eventos adversos entre os diferentes tratamentos, uma vez que os ECR ou não os avaliam ou avaliam para-efeitos muito variados, prejudicando a análise deste desfecho tão importante, em se tratando terapia anti-androgênica. Numa análise individual dos artigos, a hormonioterapia combinada, em relação à hormonioterapia isolada, apresenta maior número de eventos adversos, além de maior taxa de abandono de tratamento. A qualidade de vida dos pacientes em uso de bloqueio completo também parece ser pior do que a dos pacientes submetidos à monoterapia. A sobrevida dos pacientes tratados com terapia combinada foi significativamente superior ao término de 5 anos de seguimento, fato não observado nos primeiros 2 anos de tratamento. Entretanto, esta diferença, analisando individualmente os pacientes, pode não ser de grande magnitude(93).

Como não há estudos disponíveis que comparem o BAM associando um tratamento de castração e bicalutamida versus castração isolada(94), um estudo combinando os dados da meta-análise do PCTCG(83) e do estudo de Schellhammer(95), por meio de um modelo de análise estatística que possibilita esta comparação, identificou que, com uma probabilidade de 98,5%, a bicalutamida, quando associada à terapia androgênica central, apresenta uma vantagem em termos de sobrevida do que a castração isolada, e que bicalutamida pode ser uma opção de anti-androgênico periférico para terapia combinada. Levando-se em conta os dados destes estudos, pode-se concluir que a terapia combinada possuiu um benefício pequeno e questionável na sobrevida dos pacientes, além de eventos adversos mais frequentes, o que torna a indicação deste tipo de tratamento bastante questionável como tratamento padrão (96).

Sobre o tipo de bloqueio hormonal a ser utilizado inicialmente, já existem evidências antigas de que a orquiectomia bilateral ou o uso de análogo de LHRH é a primeira escolha no tratamento dos pacientes com neoplasia prostática avançada, não existindo diferenças entre estas duas modalidades de hormonioterapia.

O uso do dietilestilbestrol também tem um benefício semelhante a estes dois tratamentos, porém com um risco, principalmente cardiovascular, aumentado, tornando esta opção secundária na escolha da primeira modalidade de hormonioterapia. Este risco se torna mais significativo na dose de 5 mg ao dia, esquema já abandonado nos dias de hoje, pois o benefício da dose de 1 mg ao dia se mostrou maior em relação à mortalidade global, muito em função do aumento significativo de mortes cardiovasculares nos pacientes que usavam 5 mg(97,98).

Uma meta-análise comparou o uso de análogos de LHRH com a orquiectomia ou dietilbestrol, e com outros anti-androgênicos. Este estudo mostrou que os análogos são equivalentes à orquiectomia, e que, entre os diferentes análogos, não se observou diferenças nas taxas de sobrevida, no tempo de progressão da doença e de falência do tratamento. Entretanto, sugere-se que os anti-androgênicos não esteroidais possam estar associados a uma menor sobrevida, quando comparados com os análogos de LHRH, apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa (HR 1,22 95% CI 0,99–1,50)(99). Já o uso de anti-androgênicos esteroidais (ciproterona) resulta em um tempo de progressão menor em relação aos análogos de LHRH, apesar de não se demonstrar diferenças nas sobrevidas global e específica (100).

Inexistem meta-análises que comparem diretamente os diferentes anti-androgênicos, entre os quais os mais usados são a bicalutamida (que tem uma maior meia-vida, justificando sua administração 1 vez ao dia) e a flutamida (com meia-vida mais curta, necessitando uso 3 vezes ao dia) (101). Entretanto, um ECR comparou o uso da bicalutamida versus flutamida, ambas em combinação com análogo de LHRH, e não conseguiu mostrar diferenças estatisticamente significativas em termos e progressão da doença a favor da bicalutamida(102).

Na tentativa de se prolongar os efeitos da hormonioterapia, além de diminuir custos deste tratamento e tentar se prevenir eventos adversos do tratamento, a hormonioterapia intermitente é uma opção de terapia recente e ainda controversa (42,88). Há uma revisão sistemática levada a cabo pela Cochrane (102) que tenta avaliar a eficácia desta modalidade terapêutica.

Nesta revisão, foram selecionados 5 ECR, envolvendo no total 1.382 pacientes com câncer de próstata avançado, e todos os estudos de curta duração e tamanho de amostra pequeno. Nenhum destes estudos avaliou desfechos mais relevantes, como mortalidade global e específica por câncer de próstata. Além disso, eram estudos metodologicamente e clinicamente muito diferentes, o que dificultou a combinação destes em uma meta-análise. Os resultados mostram que a maioria dos ECR não demonstrou diferenças significativas de eventos adversos entre as diferentes formas de hormonioterapia, exceto um estudo no qual os pacientes sob tratamento intermitente tiveram menos impotência sexual. Desta forma, a hormonioterapia intermitente necessita de mais avaliações para poder ser considerada uma terapia padrão.

Mais recentemente, 2 estudos de impacto compararam a hormonioterapia administrada de forma intermitente e de forma contínua. Um ensaio clínico não conseguiu demonstrar uma diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos de tratamento, com um pequeno benefício na qualidade de vida nos pacientes que receberam tratamento intermitente, em relação ao outro grupo (103). Uma revisão sistemática demonstrou que as duas modalidades de tratamento se equivalem, porém, a hormonioterapia intermitente é comprovadamente um tratamento de menor custo e com menos eventos adversos, devendo ser recomendada nos pacientes que atingem uma boa resposta inicial ao bloqueio androgênico.

A hormonioterapia deve ter seu emprego criterioso, pois existem eventos adversos que podem interferir negativamente na vida do paciente. Os mais comuns são diminuição da libido, disfunção erétil, fogachos, osteopenia com risco de fratura óssea não metastática, obesidade e síndrome metabólica, aumento do risco de doença cardiovascular, fadiga e ginecomastia (aumento do volume das mamas) com mastodínia (dor mamária) (104).

A ginecomastia e a mastodínia devem ser prevenidas e podem ser controladas pelo emprego de radioterapia nas mamas, ou uso de tamoxifeno, ambos os tratamentos efetivos, com o tamoxifeno superior a radioterapia em relação a ginecomastia(105), mas também com eventos adversos sistêmicos que se somam aos dos anti-androgênicos.

5.4 CÂNCER DE PRÓSTATA REFRACTÁRIO A HORMONIOTERAPIA

A doença refratária a hormonioterapia é caracterizada por: a) Progressão bioquímica em três medidas consecutivas do PSA em paciente com níveis de testosterona de castração (abaixo de 50 ng/ml ou 1,7 nmol/L), com um PSA acima de 2 ng/mL, ou b) progressão radiológica da doença num paciente com níveis de testosterona de castração, progressão essa definida pelo aparecimento de duas ou mais lesões ósseas na cintilografia ou aumento de lesões de tecidos moles usando-se o método Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) de avaliação(104).

Esse método assim define os tipos de resposta terapêutica (42): Resposta Completa – desaparecimento completo das lesões tumorais; Resposta Parcial – 30% ou mais de redução na soma dos maiores diâmetros das lesões tumorais; Doença Estável – sem alteração que classifique Resposta ou Progressão de Doença; Progressão de Doença – 20% ou mais de aumento na soma dos maiores diâmetros das lesões tumorais.

Embora não existam evidências que suportem essa conduta, pois os estudos são retrospectivos e com resultados contraditórios, doentes com câncer de próstata progressivo, a despeito da hormonioterapia, e com testosterona em níveis de castração precisam continuar a hormonioterapia, pois os benefícios observados com a inibição dos receptores androgênicos sinalizam que permitir que os níveis de testosterona voltem a aumentar afeta os resultados do tratamento (42,88).

5.4.1 Quimioterapia

O uso da quimioterapia do câncer de próstata restringe-se ao tratamento da doença metastática avançada, refratária a hormonioterapia, e seu início normalmente está indicado quando tais pacientes se tornam sintomáticos, ressaltando-se que, quando indicada a quimioterapia, a hormonioterapia não deve ser suspensa (42,88).

Estudos recentes têm sugerido o uso de até seis ciclos de quimioterapia paliativa concomitante a hormonioterapia como 1ª linha terapêutica do câncer de próstata, recém-diagnosticado, com grande volume tumoral (metástase visceral; quatro ou mais lesões ósseas metastases, sendo pelo menos uma fora da pelve) (88), devendo essa conduta ser analisada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em termos de eficácia, efetividade e custo-efetividade.

Para pacientes assintomáticos, a quimioterapia é experimental, restrita a ensaios clínicos.

Um dos estudos mais relevantes sobre a quimioterapia do câncer de próstata é a comparação entre o uso de docetaxel semanal, docetaxel a cada 3 semanas e a mitoxantrona(106). Neste estudo, 1.006 homens foram randomizados para receberem 5 mg de prednisona 2 vezes ao dia, associados a 12 mg/m² de mitoxantrona a cada 3 semanas, a 75 mg/m² de docetaxel a cada 3 semanas ou a 30 mg/m² de docetaxel semanalmente. O grupo dos homens que receberam docetaxel a cada 3 semanas, comparado com o grupo dos que receberam mitoxantrona, apresentou um HR para morte de 0,76 (IC 95% 0,62–0,94; P=0,009). Enquanto isso, o grupo dos que receberam docetaxel semanal, comparado com o grupo mitoxantrona, teve uma HR de 0,91 (IC 95% 0,75–1,11; P=0,36). A sobrevida média no grupo do docetaxel a cada 3 semanas foi de 18,9 meses, enquanto no do docetaxel semanal foi de 17,4 semanas e no da mitoxantrona, de 16,5 meses. Pacientes que receberam docetaxel também tiveram maiores quedas nos níveis de PSA e maiores índices de melhora na qualidade de vida. Desta forma, concluiu-se que o fármaco de escolha no tratamento do câncer de próstata metastático, refratário à hormonioterapia e sintomático, é o docetaxel a cada 3 semanas associado a prednisona.

O estudo SWOG 9916 comparou docetaxel mais estramustina versus mitoxantrona mais prednisona, encontrando uma sobrevida média no grupo docetaxel mais estramustina de 17 meses, contra 15,6 meses no grupo da mitoxantrona associada a prednisona (107).

A mitoxantrona não demonstra um benefício no aumento da sobrevida dos pacientes com câncer de próstata metastático e sintomático, porém quando a mitoxantrona associada a prednisona foi comparada com a prednisona (108) observou-se que a associação resulta em uma resposta significativa na paliação dos sintomas da doença. Assim como neste estudo, a associação de mitoxantrona com hidrocortisona para controle da dor foi superior à hidrocortisona isolada, apesar de não se observar melhora na sobrevida dos doentes (109).

Para os pacientes que progridem após tratamento com docetaxel, uma segunda linha de tratamento, utilizando o cabazitaxel com prednisona, foi avaliado em um estudo envolvendo 755 pacientes, que foram randomizados entre os grupos cabazitaxel mais prednisona e mitoxantrona mais prednisona (foi utilizada a mitoxantrona, pois esta resulta em algum benefício neste tipo de pacientes) (110). Os pacientes do grupo cabazitaxel apresentaram um aumento da sobrevida global de 15,1 meses contra 12,7 meses no grupo mitoxantrona ($p < 0,0001$). Além disso, ocorreu um aumento da sobrevida livre de progressão da doença no grupo do cabazitaxel. Em contrapartida, os pacientes que receberam cabazitaxel apresentaram maiores eventos adversos que os pacientes que receberam mitoxantrona. Observe-se que se trata de um estudo pequeno, com ganho de sobrevida de somente três meses.

O cetoconazol interfere na síntese de esteroides pela adrenal e de testosterona pelas células de Leydig, levando a uma queda abrupta dos níveis de testosterona, mas rapidamente reversíveis, o que traz a necessidade de doses altas (400 mg de 8-8 horas) desse medicamento para obter-se o efeito desejado de castração hormonal. Em função do efeito de supressão adrenal, deve ser usado em associação com hidrocortisona (111) Por apresentar um declínio rápido em sua eficácia, e também eventos adversos consideráveis, o cetoconazol é utilizado como terapia hormonal de segunda linha, para pacientes que estão em escape hormonal (112).

Um ECR de fase III foi publicado, utilizando a abiraterona, medicamento que possui um efeito de inibir a produção de testosterona nos testículos, nas adrenais e nas próprias células neoplásicas prostáticas. Pacientes com resistência androgênica, e que já haviam sido tratados com algum esquema de quimioterapia (incluindo o docetaxel), foram selecionados para o estudo. Este medicamento, associado à prednisona, foi comparado com placebo e prednisona, e demonstrou uma sobrevida média de 14,8 meses entre os 797 pacientes que receberam a abiraterona, enquanto o grupo placebo, composto por 398 pacientes, teve sobrevida média de 10,9 meses. Os desfechos secundários (tempo de progressão do PSA, sobrevida livre de progressão e número de pacientes que apresentaram redução do PSA após o tratamento) também foram a favor da abiraterona(113).

O uso da abiraterona também mostrou benefícios em pacientes que apresentam neoplasia prostática resistente a androgênio, e que ainda não receberam quimioterapia, conforme outro estudo mais recentemente. Este benefício se manifestou por um atraso na progressão das lesões ósseas e aumento do tempo livre de quimioterapia, com uma tendência na melhora da sobrevida global (114). Quando comparada ao cetozonazol, em pacientes com doença metastática refratários ao docetaxel, a abiraterona demonstrou melhores resultados na resposta do PSA e sobrevida livre de progressão radiológica e bioquímica, entretanto a sobrevida global não foi estatisticamente maior. Além disso, a abiraterona demonstrou menos eventos adversos do que o cetozonazol(115) Tais resultados foram considerados modestos(116), devendo-se aguardar estudos mais consistentes que justifiquem a recomendação do uso da abiraterona, devendo ser submetidos à análise pela CONITEC, em termos de eficácia, efetividade e custo-efetividade.

A enzalutamida é um antagonista do receptor androgênico. Demonstrou superioridade relativamente ao placebo, quando utilizada em casos de câncer de próstata resistente à castração, em pacientes que já haviam utilizado Docetaxel (Affirm trial). Com um seguimento mediano de 14,4 meses, os pacientes que utilizaram o medicamento tiveram sobrevida mediana de 18,4 meses contra 13,6 meses no grupo placebo (117). Da mesma forma, aguardam-se estudos mais consistentes que justifiquem a recomendação do seu uso, devendo ser submetidos à análise pela CONITEC, em termos de eficácia, efetividade e custo-efetividade.

Vacinas também já foram estudadas para o tratamento do câncer de próstata, mas os resultados são pouco consistentes (118) e não estão aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O uso de bisfosfonatos (inibidores da osteólise) no tratamento do câncer de próstata metastático tem o objetivo de inibir a reabsorção óssea, oferecendo controle das complicações ósseas e, eventualmente, reduzindo a dor.

O zolendronato (ácido zoledrônico) é um bisfosfonato mais potente do que o pamidronato e foi testado, contra placebo, em pacientes com metástase óssea de câncer prostático sensível e refratária à hormonioterapia.

O ácido zolendrônico é o primeiro bifosfonado a demonstrar eficácia tanto em lesões líticas como blásticas e, em um estudo envolvendo 236 pacientes com câncer de próstata, o pamidronato não foi mais efetivo que o placebo para reduzir dor ou eventos ósseos adversos aos 6 meses de tratamento, e o ácido zolendrônico foi bem tolerado e seguro (119,120).

Nos casos de doença refratária a hormonioterapia, o zoledronato foi testado, contra placebo, em doses de 4 mg ou 8 mg, em um estudo que envolveu mais de 600 pacientes com câncer de próstata refratário à hormonioterapia e com metástases ósseas. Pacientes no grupo de 4 mg tiveram menos eventos ósseos e menos fraturas patológicas do que o grupo placebo, com valores estatisticamente significativos. Devido à alta toxicidade renal, os pacientes que receberam 8 mg foram realocados para o grupo de 4 mg (121) O intervalo de doses preconizado é de 3 a 4 semanas.

Ressalte-se que, para o uso de inibidor da osteólise, o doente precisa estar em tratamento efetivo com hormonioterapia ou quimioterapia. A terapia com bisfosfonato, uma vez iniciada, é mantida até a evidência de progressão da doença óssea (ou seja, ausência de eficácia do próprio inibidor, da quimioterapia ou da hormonioterapia), de efeitos colaterais (hipocalcemia, por exemplo) e de declínio da capacidade funcional (performance status – PS). Ou seja, havendo progressão de doença (considerando que não seja apenas bioquímica - aumento isolado do PSA) e não estando o doente sob tratamento antitumoral efetivo (se a doença progrediu após hormonioterapia cirúrgica e medicamentosa e após quimioterapia) inexistente indicação de inibidor de osteólise isolado, mesmo que o doente tenha sido bilateralmente orquiectomizado(122).

O denozumabe, um anticorpo monoclonal, também conta com estudo no qual apresentou benefício na prevenção de complicações ósseas, com uma baixa taxa de toxicidade (123), devendo ser submetido à análise pela CONITEC, em termos de eficácia, efetividade e custo-efetividade, para sua recomendação.

Radiofármacos também controlam a dor óssea em pacientes com doença metastática. Revisões sistemáticas avaliaram o uso de radiofármacos e demonstraram que estas terapias são eficazes e seguras no controle da dor óssea (124,125).

Considerando-se o câncer de próstata, o tratamento com radioisótopo é indicado nos casos resistentes à castração, com metástases ósseas sintomáticas e sem metástases viscerais conhecidas, devendo ser o radiofármaco manipulado e aplicado em serviço de medicina nuclear.

6. MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

6.1 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

A avaliação da resposta terapêutica é avaliada pelo método RECIST, porém, o tempo de duplicação do PSA é um instrumento utilizado para se predizer o risco de recidiva local versus à distância. Um tempo de duplicação menor que 3 meses sugere uma doença agressiva e com grande probabilidade de ser metastática (126) importante sempre lembrar que se deve proceder à dosagem dos níveis de testosterona nos pacientes com bloqueio medicamentoso, os quais devem estar abaixo de 50 ng/ml ou 1,7 nmol/L, para serem considerados como nível de castração (104).

A magnitude da queda do PSA após o início da terapia anti-androgênica nos pacientes submetidos a este tipo de tratamento tem influência na sua sobrevida. Pacientes que atingem níveis de PSA abaixo de 0,2 ng/ml após introdução do tratamento têm bom prognóstico, enquanto aqueles que não atingem um nadir abaixo de 4 ng/ml após 7 meses do início do tratamento têm um prognóstico reservado (sobrevida média de aproximadamente 1 ano) (105).

6.2 CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

Pacientes que tiverem qualquer tipo de intolerância de grau 3 e 4 de acordo com a Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Versão 4 (127) ou considerada grave devem ter sua dose reduzida de acordo com a avaliação médica. Pacientes devem retornar ao tratamento apenas quando a toxicidade retornar para grau 1 ou 2. Aqueles que não tolerarem doses reduzidas devem ter seu tratamento suspenso. Esta conduta simplificada deve levar em conta o medicamento utilizado, o evento adverso em questão e o benefício obtido pelo paciente.

7. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Caso de neoplasia maligna prostática pode ser acompanhado inicialmente apenas com a aferição do PSA. Eventualmente, em casos suspeitos, lança-se mão da realização do toque retal na busca de alguma massa residual ou que possa sinalizar uma recidiva local.

O uso quase que isolado do PSA no acompanhamento dos pacientes que receberam tratamento curativo se deve ao fato de que, em praticamente todos os casos de recidiva da doença, o aumento do PSA precederá o aparecimento de manifestações clínicas da doença, em muitos casos ocorrendo a RB anos antes da recidiva clínica (18).

A definição do valor de RB após PRR é diferente do valor de recidiva pós-radioterapia. Nos pacientes que foram submetidos à PRR, o valor de PSA mais classificar os casos é acima de 0,2 ng/ml (128). Alguns autores preferem estabelecer um valor acima de 0,4 ng/ml como indicador de RB após PRR (129), entretanto o valor acima de 0,2 ng/ml é o mais aceito.

Nos casos de pacientes submetidos à radioterapia, o conceito de RB é diferente, sendo a definição atual mais aceita o aumento do PSA de 2 ng/ml acima do nadir após tratamento como critério de RB (70).

A monitorização do PSA deverá ser realizada com maior frequência nos primeiros meses após a cirurgia ou radioterapia, podendo ser aferido com intervalos maiores após os primeiros anos, se não houver suspeita de recidiva. Sugere-se a mensuração do PSA aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento inicial; semestralmente até o terceiro ano; e anualmente após este período (18). O tempo de duplicação do PSA auxilia a prever o tipo de recidiva. Quando o tempo de duplicação é menor do que 3 a 6 meses, está mais correlacionado com recidiva a distância, enquanto que um tempo de duplicação acima de 11 a 13 meses fala mais a favor de uma recidiva local (130,131).

8. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Doentes com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como CACON ou UNACON com radioterapia, com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento. Se atendidos em hospitais gerais, estes devem atuar em cooperação técnica, referência e contra-referência com hospitais habilitados em oncologia e radioterapia.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o diagnóstico, estadiamento, tratamento, manejo das doses e controle dos eventos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados. Há desses hospitais em que os serviços como os de Medicina Nuclear e de Radioterapia são referenciais.

Exceto pela Talidomida para o tratamento do Mieloma Múltiplo, pelo Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), da Leucemia Mieloide Crônica e da Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo, pelo Trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama inicial e locorregionalmente avançado, pelo Rituximabe para a quimioterapia do Linfoma Difuso de Grandes Células-B e do Linfoma Folicular e pelos Dasatinibe e Nilotinibe para a quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica de adultos, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Os procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 04) e cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS podem ser acessados, por código do procedimento ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP-Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente disponibilizada.

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS compatíveis com o tratamento cirúrgico do câncer de próstata:

- 04.09.03.002-3 - Prostatectomia suprapúbica
- 04.09.03.003-1 - Prostatovesiculectomia radical
- 04.09.03.004-0 - Ressecção endoscópica de próstata
- 04.09.04.014-2 - Orquiectomia subcapsular bilateral
- 04.16.01.012-1 - Prostatectomia em oncologia
- 04.16.01.013-0 - Prostatovesiculectomia radical em oncologia

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS compatíveis com a radioterapia do adenocarcinoma de próstata:

PROCEDIMENTOS PRINCIPAIS

- 03.03.12.005-3 - Tratamento de dor óssea com radioisótopo (por paciente)
- 03.04.01.006-5 - Braquiterapia com Iodo 125/Ouro 198
- 03.04.01.007-3 - Braquiterapia de alta taxa de dose (por inserção)
- 03.04.01.009-0 - Cobaltoterapia (por campo)
- 03.04.01.011-1 - Internação p/ radioterapia externa (cobaltoterapia/acelerador linear)
- 03.04.01.028-6 - Radioterapia com acelerador linear só de fótons (por campo)
- 03.04.01.029-4 - Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons (por campo)

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

- 03.04.01.008-1 - Verificação por imagem em radioterapia
- 03.04.01.015-4 - Máscara/imobilização personalizada (por tratamento)
- 03.04.01.018-9 - Planejamento complexo (por tratamento)
- 03.0-4.01.0197 - Planejamento de braquiterapia de alta taxa de dose (por tratamento)
- 03.04.01.030-8 - Colimação personalizada
- 03.04.01.031-6 - Planejamento tridimensional (por tratamento)
- 03.04.01.034-0 - Narcose para braquiterapia de alta dose (por procedimento)

São os seguintes os procedimentos da tabela do SUS para a quimioterapia de adultos com adenocarcinoma de próstata:

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTO

- 03.04.02.007-9 – Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado – 1ª linha
- 03.04.02.006-0 – Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado – 2ª linha
- 03.04.02.008-7 – Quimioterapia do adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia

QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE) – ADULTO

46

- 03.04.04.xxx-x – Hormonioterapia prévia à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata (procedimento a ser criado)

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) – ADULTO

03.04.05.xxx-x – Hormonioterapia adjuvante à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata (procedimento a ser criado)

A hormonioterapia paliativa do adenocarcinoma de próstata se faz em seqüência de linhas, cuja mudança de linha deve se fazer à progressão tumoral, para que se justifique a continuidade da hormonioterapia na linha subsequente:

- **1ª Linha:** Supressão androgênica (bloqueio hormonal cirúrgico). Nos casos em que o procedimento cirúrgico for contraindicado, utiliza-se o bloqueio medicamentoso com agonista/antagonista GnRH/análogo LH-RH.

- **2ª Linha:** Supressão androgênica mais anti-androgênico de ação periférica): Tendo-se observado progressão tumoral na vigência da hormonioterapia de 1ª linha e mantendo-se a testosterona sérica em nível acima de 50 ng/ml, acrescenta-se à supressão androgênica um anti-androgênio esteroidal ou não esteroidal. NOTA: Caso o homem esteja recebendo agonista/antagonista GnRH/análogo LH-RH como hormonioterapia de 1ª linha, esta deve ser substituída pela supressão androgênica cirúrgica, salvo se contraindicada.

A progressão tumoral é atestada pelo aumento progressivo do PSA, piora de lesão óssea ou acometimento visceral.

A radioterapia das mamas, em caso de bloqueio hormonal cirúrgico ou medicamentoso de homem com câncer de próstata, tem a finalidade de prevenir (ou tratar, e neste caso com menor eficiência) um efeito colateral do bloqueio hormonal – a ginecomastia -, que costuma ser dolorosa. Em assim sendo, o procedimento solicitado, per se, não tem finalidade antineoplásica, sendo no SUS codificado como 03.04.01.023-5 Radioterapia de doença ou condição benigna (por campo). Quanto ao número de campos autorizáveis para essa radioterapia, o máximo seria de 06 campos (01 campos/dias/mamas vezes 03 dias), em caso de irradiação com feixe de elétrons por meio de acelerador de fótons e elétrons, ou 12 campos (02 campos/dia/mama vezes 03 dias), em caso de irradiação com fótons por meio de unidade de cobalto ou de acelerador só de fótons.

O inibidor de osteólise pode ser autorizado como procedimento principal (doente biorquitectomizado) ou secundário a procedimento de hormonioterapia ou de quimioterapia, em caso de metástases sintomáticas osteolíticas ou mistas (osteoblásticas e osteolíticas).

Como, em caso de adenocarcinoma de próstata histopatologicamente confirmado, existe uma correlação direta de alto grau de certeza, com sensibilidade e especificidade comprovadas, entre o valor e o tempo de duplicação do PSA e os volume e atividade tumorais, a autorização de hormonioterapia na "recidiva bioquímica" sem metástase é igualmente válida, pois o aumento progressivo do PSA em caso de adenocarcinoma de próstata histopatologicamente confirmado e já tratado configura-se como recidiva, mesmo que ainda não se detecte(m) lesão(ões) local (recidiva) ou à distância (metástase), assintomática(s), por exame de imagem. O caso em estágio III é locorregionalmente avançado. A autorização de hormonioterapia paliativa em estágio clínico III é, assim, válida, pois um tumor nesse estágio é inoperável, com possibilidade terapêutica de radioterapia ou hormonioterapia paliativas. Assim, essas duas condições, justificam a autorização de procedimento de hormonioterapia paliativa do adenocarcinoma de próstata sem metástase ou recidiva tumoral locorregional.

Deve-se observar os seguintes aspectos, para a autorização do procedimento 03.04.02.008-7 – Quimioterapia do adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia:

- 1)** Caracterização da refratariedade à hormonioterapia (item 5.4 Câncer de Próstata Refratário a Hormonioterapia): (a) Progressão bioquímica em três medidas consecutivas do PSA em paciente com níveis de testosterona de castração (abaixo de 50 ng/ml ou 1,7 nmol/L), com um PSA acima de 2 ng/mL, ou (b) progressão radiológica da doença num paciente com níveis de testosterona de castração (aparecimento de duas ou mais lesões ósseas na cintilografia ou aumento das lesões de tecidos moles usando-se o método RECIST de avaliação da resposta terapêutica).
- 2)** O uso da quimioterapia no câncer de próstata restringe-se ao tratamento da doença metastática avançada, refratária à hormonioterapia e seu início está indicado quando tais pacientes tornam-se sintomáticos.
- 3)** Caracterizada a refratariedade conforme os critérios acima enunciados, a hormonioterapia não deve ser suspensa quando indicada a quimioterapia.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica), entre outras. Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala de Zubrod)(122); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

9. REFERÊNCIAS

1. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol.* 2008;9(8):730-56.
2. Howlader N, Noone A, Krapcho Mea. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010, National Cancer Institute. Bethesda, MD. Disponível em: <http://seer.cancer.gov/csr/1975 - 2010>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA. Rio de Janeiro 2014. p. 124.
4. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. *Campbell-Walsh Urology*, 10th Edition. Expert Consult Premium Edition: Enhanced Online Features and Print, 4-Volume Set, 2011.
5. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG, et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med.* 2003;349(3):215-24.

6. Andriole G, Bostwick D, al. BOe. Dutasteride on the Risk of Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2010. p. 1192-202.
7. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW, Gomella LG, Marberger M, Montorsi F, et al. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med*. 2010;362(13):1192-202.
8. Wilt TJ, Macdonald R, Hagerty K, Schellhammer P, Tacklind J, Somerfield MR, et al. 5-alpha-Reductase inhibitors for prostate cancer chemoprevention: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int*. 2010;106(10):1444-51.
9. Lippman SM, Klein EA, Goodman PJ, Lucia MS, Thompson IM, Ford LG, et al. Effect of selenium and vitamin E on risk of prostate cancer and other cancers: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA*. 2009;301(1):39-51.
10. Jiang L, Yang KH, Tian JH, Guan QL, Yao N, Cao N, et al. Efficacy of antioxidant vitamins and selenium supplement in prostate cancer prevention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Cancer*. 2010;62(6):719-27.
11. Figueiredo JC, Grau MV, Haile RW, Sandler RS, Summers RW, Bresalier RS, et al. Folic acid and risk of prostate cancer: results from a randomized clinical trial. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(6):432-5.
12. Alkhenizan A, Hafez K. The role of vitamin E in the prevention of cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Saudi Med*. 2007;27(6):409-14.
13. Kumar NB, Cantor A, Allen K, Riccardi D, Besterman-Dahan K, Seigne J, et al. The specific role of isoflavones in reducing prostate cancer risk. *Prostate*. 2004;59(2):141-7.
14. Kattan MW, Eastham JA, Stapleton AM, Wheeler TM, Scardino PT. A preoperative nomogram for disease recurrence following radical prostatectomy for prostate cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1998;90(10):766-71.
15. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL, et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *J Urol*. 2013;190(2):419-26.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo - Detecção Precoce: Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Coordenação de Prevenção e Vigilância ed 2014. p. 8.
17. Heidenreich (chairman) APJ, Bastian J, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V et al. Guidelines on Prostate Cancer. 1) Prostate-specific antigen (PSA) best practice statement: 2009 update American Urological Association 2009 (AUA);. 2009.
18. Heidenreich AC, Bastian P, Bellmunt J, Bolla Mea. Guidelines on Prostate Cancer - European Urological Association. 2013.

19. Engelbrecht MR, Jager GJ, Laheij RJ, Verbeek AL, van Lier HJ, Barentsz JO. Local staging of prostate cancer using magnetic resonance imaging: a meta-analysis. *Eur Radiol.* 2002;12(9):2294-302.
20. União Internacional Contra o Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2012. 7a Edição ed. p. 356.
21. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Cote K, Loffredo M, Schultz D, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy or external beam radiation therapy for patients with clinically localized prostate carcinoma in the prostate specific antigen era. *Cancer.* 2002;95(2):281-6.
22. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj.* 2010;341:c4543.
23. Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2011;107(6):882-91.
24. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104(2):125-32.
25. Cooperberg MR, Lubeck DP, Meng MV, Mehta SS, Carroll PR. The changing face of low-risk prostate cancer: trends in clinical presentation and primary management. *J Clin Oncol.* 2004;22(11):2141-9.
26. Hegarty J, Beirne PV, Walsh E, Comber H, Fitzgerald T, Wallace Kazer M. Radical prostatectomy versus watchful waiting for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(11):Cd006590.
27. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Filen F, Ruutu M, Garmo H, Busch C, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian prostate cancer group-4 randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(16):1144-54.
28. Adolfsson J. Watchful waiting and active surveillance: the current position. *BJU Int.* 2008;102(1):10-4.
29. Klotz L, Zhang L, Lam A, Nam R, Mamedov A, Loblaw A. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28(1):126-31.

30. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, Garmo H, Stark JR, Busch C, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2011;364(18):1708-17.
31. Holmberg L, Bill-Axelson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz P, Häggman M, et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2002;347(11):781-9.
32. Yu HY, Hevelone ND, Lipsitz SR, Kowalczyk KJ, Hu JC. Use, costs and comparative effectiveness of robotic assisted, laparoscopic and open urological surgery. *J Urol.* 2012;187(4):1392-8.
33. Yuh B, Artibani W, Heidenreich A, Kimm S, Menon M, Novara G, et al. The Role of Robot-assisted Radical Prostatectomy and Pelvic Lymph Node Dissection in the Management of High-risk Prostate Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol.* 2013.
34. Ficarra V, Novara G, Artibani W, Cestari A, Galfano A, Graefen M, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *Eur Urol.* 2009;55(5):1037-63.
35. Hu JC, Wang Q, Pashos CL, Lipsitz SR, Keating NL. Utilization and outcomes of minimally invasive radical prostatectomy. *J Clin Oncol.* 2008;26(14):2278-84.
36. Novara G, Ficarra V, Rosen RC, Artibani W, Costello A, Eastham JA, et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):431-52.
37. Novara G, Ficarra V, Mocellin S, Ahlering T, Carroll P, Graefen M, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting oncologic outcome after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012. p. 382-404.
38. Briganti A, Chun FK, Salonia A, Gallina A, Farina E, Da Pozzo LF, et al. Validation of a nomogram predicting the probability of lymph node invasion based on the extent of pelvic lymphadenectomy in patients with clinically localized prostate cancer. *BJU Int.* 2006;98(4):788-93.
39. Shelley MD, Kumar S, Wilt T, Staffurth J, Coles B, Mason MD. A systematic review and meta-analysis of randomised trials of neo-adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate carcinoma. *Cancer Treat Rev.* 2009;35(1):9-17.
40. Yee DS, Lowrance WT, Eastham JA, Maschino AC, Cronin AM, Rabbani F. Long-term follow-up of 3-month neoadjuvant hormone therapy before radical prostatectomy in a randomized trial. *BJU Int.* 2010;105(2):185-90.

41. McLeod DG, Iversen P, See WA, Morris T, Armstrong J, Wirth MP, et al. Bicalutamide 150 mg plus standard care vs standard care alone for early prostate cancer. *BJU Int.* 2006;97(2):247-54.
42. Scher HI, Scardino PT, and Zelefsky MJ. Cancer of the Prostate. IN: DeVita, Jr. VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia. Wolters Kluwer Health, 2015. 10th edition. pp:932-980.
43. Roach M, DeSilvio M, Lawton C, Uhl V, Machtay M, Seider MJ, et al. Phase III trial comparing whole-pelvic versus prostate-only radiotherapy and neoadjuvant versus adjuvant combined androgen suppression: Radiation Therapy Oncology Group 9413. *J Clin Oncol.* 2003;21(10):1904-11.
44. Michalski JM, Gay H, Jackson A, Tucker SL, Deasy JO. Radiation dose-volume effects in radiation-induced rectal injury. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010;76(3 Suppl):S123-9.
45. Viswanathan AN, Yorke ED, Marks LB, Eifel PJ, Shipley WU. Radiation dose-volume effects of the urinary bladder. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010;76(3 Suppl):S116-22.
46. Roach M, 3rd, Nam J, Gagliardi G, El Naqa I, Deasy JO, Marks LB. Radiation dose-volume effects and the penile bulb. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010;76(3 Suppl):S130-4.
47. Fiorino C, Valdagni R, Rancati T, Sanguineti G. Dose-volume effects for normal tissues in external radiotherapy: pelvis. *Radiother Oncol.* 2009;93(2):153-67.
48. Dearnaley DP, Khoo VS, Norman AR, Meyer L, Nahum A, Tait D, et al. Comparison of radiation side-effects of conformal and conventional radiotherapy in prostate cancer: a randomised trial. *Lancet.* 1999;353(9149):267-72.
49. Zelefsky MJ, Levin EJ, Hunt M, Yamada Y, Shippy AM, Jackson A, et al. Incidence of late rectal and urinary toxicities after three-dimensional conformal radiotherapy and intensity-modulated radiotherapy for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2008;70(4):1124-9.
50. Sheets NC, Goldin GH, Meyer AM, Wu Y, Chang Y, Stürmer T, et al. Intensity-modulated radiation therapy, proton therapy, or conformal radiation therapy and morbidity and disease control in localized prostate cancer. *JAMA.* 2012;307(15):1611-20.

51. Potters L, Klein EA, Kattan MW, Reddy CA, Ciezki JP, Reuther AM, et al. Monotherapy for stage T1-T2 prostate cancer: radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or permanent seed implantation. *Radiother Oncol*. 2004;71(1):29-33.
52. Potters L, Morgenstern C, Calugaru E, Fearn P, Jassal A, Presser J, et al. 12-year outcomes following permanent prostate brachytherapy in patients with clinically localized prostate cancer. *J Urol*. 2008;179(5 Suppl):S20-4.
53. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Blank K, Broderick GA, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Jama*. 1998;280(11):969-74.
54. Horwich A, Parker C, de Reijke T, Kataja V. Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 6:vi106-14.
55. D'Amico AV, Manola J, Loffredo M, Renshaw AA, DellaCroce A, Kantoff PW. 6-month androgen suppression plus radiation therapy vs radiation therapy alone for patients with clinically localized prostate cancer: a randomized controlled trial. *Jama*. 2004;292(7):821-7.
56. Pilepich MV, Winter K, Lawton CA, Krisch RE, Wolkov HB, Movsas B, et al. Androgen suppression adjuvant to definitive radiotherapy in prostate carcinoma--long-term results of phase III RTOG 85-31. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;61(5):1285-90.
57. Bolla M, Collette L, Blank L, Warde P, Dubois JB, Mirimanoff RO, et al. Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): a phase III randomised trial. *Lancet*. 2002;360(9327):103-6.
58. Horwitz EM, Winter K, Hanks GE, Lawton CA, Russell AH, Machtay M. Subset analysis of RTOG 85-31 and 86-10 indicates an advantage for long-term vs. Short-term adjuvant hormones for patients with locally advanced nonmetastatic prostate cancer treated with radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2001;49(4):947-56.
59. Pollack A, Zagars GK, Smith LG, Lee JJ, von Eschenbach AC, Antolak JA, et al. Preliminary results of a randomized radiotherapy dose-escalation study comparing 70 Gy with 78 Gy for prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2000;18(23):3904-11.
60. Pollack A, Zagars GK, Starkschall G, Antolak JA, Lee JJ, Huang E, et al. Prostate cancer radiation dose response: results of the M. D. Anderson phase III randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2002;53(5):1097-105.

61. Lebesque JV, Bruce AM, Kroes AP, Touw A, Shouman RT, van Herk M. Variation in volumes, dose-volume histograms, and estimated normal tissue complication probabilities of rectum and bladder during conformal radiotherapy of T3 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995;33(5):1109-19.
62. Peeters ST, Heemsbergen WD, van Putten WL, Slot A, Tabak H, Mens JW, et al. Acute and late complications after radiotherapy for prostate cancer: results of a multicenter randomized trial comparing 68 Gy to 78 Gy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;61(4):1019-34.
63. Zietman AL, DeSilvio ML, Slater JD, Rossi CJ, Miller DW, Adams JA, et al. Comparison of conventional-dose vs high-dose conformal radiation therapy in clinically localized adenocarcinoma of the prostate: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;294(10):1233-9.
64. Shipley WU, Verhey LJ, Munzenrider JE, Suit HD, Urie MM, McManus PL, et al. Advanced prostate cancer: the results of a randomized comparative trial of high dose irradiation boosting with conformal protons compared with conventional dose irradiation using photons alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995;32(1):3-12.
65. Kuban DA, Tucker SL, Dong L, Starkschall G, Huang EH, Cheung MR, et al. Long-term results of the M. D. Anderson randomized dose-escalation trial for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2008;70(1):67-74.
66. Han M, Partin AW, Zahurak M, Piantadosi S, Epstein JI, Walsh PC. Biochemical (prostate specific antigen) recurrence probability following radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer. *J Urol.* 2003;169(2):517-23.
67. Wright EJ, Fang J, Metter EJ, Partin AW, Landis P, Chan DW, Carter HB. Prostate specific antigen predicts the long-term risk of prostate enlargement: results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Urol* 2002; 167(6):2484-7.
68. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, Chan DW, Pearson JD, Walsh PC. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *Jama.* 1999;281(17):1591-7.
69. Cookson MS, Aus G, Burnett AL, Canby-Hagino ED, D'Amico AV, Dmochowski RR, et al. Variation in the definition of biochemical recurrence in patients treated for localized prostate cancer: the American Urological Association Prostate Guidelines for Localized Prostate Cancer Update Panel report and recommendations for a standard in the reporting of surgical outcomes. *J Urol.* 2007;177(2):540-5.

70. Roach M, 3rd, Hanks G, Thames H, Jr., Schellhammer P, Shipley WU, Sokol GH, et al. Defining biochemical failure following radiotherapy with or without hormonal therapy in men with clinically localized prostate cancer: recommendations of the RTOG-ASTRO Phoenix Consensus Conference. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006;65(4):965-74.
71. Taylor N, Kelly JF, Kuban DA, Babaian RJ, Pisters LL, Pollack A. Adjuvant and salvage radiotherapy after radical prostatectomy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;56(3):755-63.
72. Pazona JF, Han M, Hawkins SA, Roehl KA, Catalona WJ. Salvage radiation therapy for prostate specific antigen progression following radical prostatectomy: 10-year outcome estimates. *J Urol.* 2005;174(4 Pt 1):1282-6.
73. Cheung R, Kamat AM, de Crevoisier R, Allen PK, Lee AK, Tucker SL, et al. Outcome of salvage radiotherapy for biochemical failure after radical prostatectomy with or without hormonal therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;63(1):134-40.
74. Trock BJ, Han M, Freedland SJ, Humphreys EB, DeWeese TL, Partin AW, et al. Prostate cancer-specific survival following salvage radiotherapy vs observation in men with biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA.* 2008;299(23):2760-9.
75. Cotter SE, Chen MH, Moul JW, Lee WR, Koontz BF, Anscher MS, Robertson CN, Walther PJ, Polascik TJ, D'Amico AV. Salvage radiation in men after prostate-specific antigen failure and the risk of death. *Cancer.* 2011 Sep 1;117(17):3925-32.
76. Stephenson AJ, Shariat SF, Zelefsky MJ, Kattan MW, Butler EB, Teh BS, et al. Salvage radiotherapy for recurrent prostate cancer after radical prostatectomy. *JAMA.* 2004;291(11):1325-32.
77. Grossfeld GD, Li YP, Lubeck DP, Broering JM, Mehta SS, Carroll PR. Predictors of secondary cancer treatment in patients receiving local therapy for prostate cancer: data from cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *J Urol.* 2002;168(2):530-5.
78. Gotto GT, Yunis LH, Vora K, Eastham JA, Scardino PT, Rabbani F. Impact of prior prostate radiation on complications after radical prostatectomy. *J Urol.* 2010;184(1):136-42.
79. Bianco FJ, Scardino PT, Stephenson AJ, Diblasio CJ, Fearn PA, Eastham JA. Long-term oncologic results of salvage radical prostatectomy for locally recurrent prostate cancer after radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;62(2):448-53.

80. Sanderson KM, Penson DF, Cai J, Groshen S, Stein JP, Lieskovsky G, et al. Salvage radical prostatectomy: quality of life outcomes and long-term oncological control of radiorecurrent prostate cancer. *J Urol*. 2006;176(5):2025-31; discussion 31-2.
81. A. Heidenreich (chairman), P.J. Bastian, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, M.D. Mason, et al. Guidelines on Prostate Cancer. EAU2012. p. 36.
82. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int*. 2005;95(6):751-6.
83. Wheeler TM, Dilliogluligil O, Kattan MW, Arakawa A, Soh S, Suyama K, et al. Clinical and pathological significance of the level and extent of capsular invasion in clinical stage T1-2 prostate cancer. *Hum Pathol*. 1998;29(8):856-62.
84. Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, et al. Adjuvant radiotherapy for pathologically advanced prostate cancer: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006;296(19):2329-35.
85. Trabulsi EJ, Valicenti RK, Hanlon AL, Pisansky TM, Sandler HM, Kuban DA, et al. A multi-institutional matched-control analysis of adjuvant and salvage postoperative radiation therapy for pT3-4N0 prostate cancer. *Urology*. 2008;72(6):1298-302; discussion 302-4.
86. Bastide C, Rossi D, Lechevallier E, Bladou F, Barriol D, Bretheau D, et al. Seminal vesicle invasion: what is the best adjuvant treatment after radical prostatectomy? *BJU Int*. 2012;109(4):525-30; discussion 31-2.
87. Cremers RG, van Lin EN, Gerrits WL, van Tol-Geerdink JJ, Kiemeney LA, Vergunst H, et al. Efficacy and tolerance of salvage radiotherapy after radical prostatectomy, with emphasis on high-risk patients suited for adjuvant radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2010;97(3):467-73.
88. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer. Version 1, 2015. Disponível em http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf.
89. Timothy W, Bijay N, Roderick MD, R. I. Early versus deferred androgen suppression in the treatment of advanced prostatic cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011; (02).
90. Boustead G, Edwards SJ. Systematic review of early vs deferred hormonal treatment of locally advanced prostate cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BJU Int*. 2007;99(6):1383-9.

91. Schmitt B, Bennett C, Seidenfeld J, Samson D, Wilt T. Maximal androgen blockade for advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):Cd001526.
92. Maximum androgen blockade in advanced prostate cancer: an overview of the randomised trials. Prostate Cancer Trialists' Collaborative Group. *Lancet.* 2000;355(9214):1491-8.
93. Samson DJ, Seidenfeld J, Schmitt B, Hasselblad V, Albertsen PC, Bennett CL, et al. Systematic review and meta-analysis of monotherapy compared with combined androgen blockade for patients with advanced prostate carcinoma. *Cancer.* 2002;95(2):361-76.
94. Klotz L, Schellhammer P, Carroll K. A re-assessment of the role of combined androgen blockade for advanced prostate cancer. *BJU Int.* 2004;93(9):1177-82.
95. Schellhammer PF, Sharifi R, Block NL, Soloway MS, Venner PM, Patterson AL, et al. A controlled trial of bicalutamide versus flutamide, each in combination with luteinizing hormone-releasing hormone analogue therapy, in patients with advanced prostate carcinoma. Analysis of time to progression. CASODEX Combination Study Group. *Cancer.* 1996;78(10):2164-9.
96. Lukka H, Waldron T, Klotz L, Winquist E, Trachtenberg J, Group GCDS, et al. Maximal androgen blockade for the treatment of metastatic prostate cancer--a systematic review. *Curr Oncol.* 2006;13(3):81-93.
97. Robinson MR, Smith PH, Richards B, Newling DW, de Pauw M, Sylvester R. The final analysis of the EORTC Genito-Urinary Tract Cancer Co-Operative Group phase III clinical trial (protocol 30805) comparing orchidectomy, orchidectomy plus cyproterone acetate and low dose stilboestrol in the management of metastatic carcinoma of the prostate. *Eur Urol.* 1995;28(4):273-83.
98. Byar DP, Corle DK. Hormone therapy for prostate cancer: results of the Veterans Administration Cooperative Urological Research Group studies. *NCI Monogr.* 1988(7):165-70.
99. Seidenfeld J, Samson DJ, Hasselblad V, Aronson N, Albertsen PC, Bennett CL, et al. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2000;132(7):566-77.
100. Thorpe SC, Azmatullah S, Fellows GJ, Gingell JC, O'Boyle PJ. A prospective, randomised study to compare goserelin acetate (Zoladex) versus cyproterone acetate (Cyprostat) versus a combination of the two in the treatment of metastatic prostatic carcinoma. *Eur Urol.* 1996;29(1):47-54.

101. Loblaw DA, Mendelson DS, Talcott JA, Virgo KS, Somerfield MR, Ben-Josef E, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations for the initial hormonal management of androgen-sensitive metastatic, recurrent, or progressive prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2004;22(14):2927-41.
102. Conti P, Atallah A, Arruda H, Soares B, El Dib R, Wilt T. Intermittent versus continuous androgen suppression for prostatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007.
103. Hussain M, Tangen CM, Berry DL, Higano CS, Crawford ED, Liu G, et al. Intermittent versus continuous androgen deprivation in prostate cancer. *N Engl J Med.* 2013;368(14):1314-25.
104. N. M, Bastian P, Bellmunt Jea. Guidelines on Prostate Cancer 2014. Available from: http://www.uroweb.org/gls/pdf/1607%20Prostate%20Cancer_LRV3.pdf.
105. Viani G, Bernardes da Silva L, Stefano E. Prevention of gynecomastia and breast pain caused by androgen deprivation therapy in prostate cancer: tamoxifen or radiotherapy? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012. p. 519-24.
106. Tannock IF, de Wit R, Berry WR, Horti J, Pluzanska A, Chi KN, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med.* 2004;351(15):1502-12.
107. Petrylak DP, Tangen CM, Hussain MH, Lara PN, Jones JA, Taplin ME, et al. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. *N Engl J Med.* 2004;351(15):1513-20.
108. Tannock IF, Osoba D, Stockler MR, Ernst DS, Neville AJ, Moore MJ, et al. Chemotherapy with mitoxantrone plus prednisone or prednisone alone for symptomatic hormone-resistant prostate cancer: a Canadian randomized trial with palliative end points. *J Clin Oncol.* 1996;14(6):1756-64.
109. Kantoff PW, Halabi S, Conaway M, Picus J, Kirshner J, Hars V, et al. Hydrocortisone with or without mitoxantrone in men with hormone-refractory prostate cancer: results of the cancer and leukemia group B 9182 study. *J Clin Oncol.* 1999;17(8):2506-13.
110. de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, Hansen S, Machiels JP, Kocak I, et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. *Lancet.* 2010;376(9747):1147-54.
111. Trachtenberg J, Pont A. Ketoconazole therapy for advanced prostate cancer. *Lancet* 1984. p. 433-5.

112. Small E, Halabi S, Dawson N, Stadler W, Rini B, Picus J, et al. Antiandrogen withdrawal alone or in combination with ketoconazole in androgen-independent prostate cancer patients: a phase III trial (CALGB 9583). 2004. p. 1025-33.
113. de Bono JS, Logothetis CJ, Molina A, Fizazi K, North S, Chu L, et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med.* 2011;364(21):1995-2005.
114. Ryan CJ, Smith MR, de Bono JS, Molina A, Logothetis CJ, de Souza P, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med.* 2013;368(2):138-48.
115. Peer A, Gottfried M, Sinibaldi V, Carducci M, Eisenberger M, Sella A, et al. Comparison of abiraterone acetate versus ketoconazole in patients with metastatic castration resistant prostate cancer refractory to docetaxel. 2014. p. 233-40.
116. Prescrire Awards 1981-2012 - 32 Years of Prescrire Drugs Awards. Translated from *Rev Prescrire* February 2013; 33(352):87-90. *Prescrire International.* March 2013/Vol. 22 No. 136:79-82. Disponível em: <http://english.prescrire.org/Docu/Archive/docus/PrescrireAwards2012.pdf>
117. Scher HI, Fizazi K, Saad F, Taplin ME, Sternberg CN, Miller K, et al. Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med.* 2012;367(13):1187-97.
118. Kantoff PW, Higano CS, Shore ND, Berger ER, Small EJ, Penson DF, et al. Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(5):411-22.
119. Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyian S, Yanagihara R, Hirsh V, Krzakowski M, et al. Zoledronic acid versus placebo in the treatment of skeletal metastases in patients with lung cancer and other solid tumors: a phase III, double-blind, randomized trial--the Zoledronic Acid Lung Cancer and Other Solid Tumors Study Group. *J Clin Oncol.* 2003;21(16):3150-7.
120. Lipton A, Small E, Saad F, Gleason D, Gordon D, Smith M, Rosen L et al. The new biphosphonate, Zometa (zoledronic acid) decreases skeletal complications in both osteolytic and osteoblastic lesions: a comparison to pamidronato. *Cancer Invest.* 2002, 20 (suppl 2):45-54.
121. Saad F, Gleason D M, Murray R, Tchekmedyian S, Venner P, Lacombe L et al. A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. *Jour National Cancer Institute.* 2002; 94 (19):1458-68.

122. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI. Setembro de 2015. 21^a ed. 135p. Disponível em http://sia.datasus.gov.br/documentos/listar_ftp_apac.php.
123. Smith M, Egerdie B, Hernández Toriz Nea. Denosumab HALT Prostate Cancer Study Group. Denosumab in men receiving androgen-deprivation therapy for prostate cancer. 2009. p. 745-55.
124. D'Angelo G, Sciuto R, Salvatori M, Sperduti I, Mantini G, Maini CL, et al. Targeted "bone-seeking" radiopharmaceuticals for palliative treatment of bone metastases: a systematic review and meta-analysis. *Q J Nucl Med Mol Imaging*. 2012;56(6):538-43.
125. Bauman G, Charette M, Reid R, Sathya J. Radiopharmaceuticals for the palliation of painful bone metastasis-a systemic review. *Radiother Oncol*. 2005;75(3):258-70.
126. D'Amico AV, Moul JW, Carroll PR, Sun L, Lubeck D, Chen MH. Surrogate end point for prostate cancer-specific mortality after radical prostatectomy or radiation therapy. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95(18):1376-83.
127. Institute NC. Common Toxicity Criteria Adverse Events version 4.0 (CTCAEv4.0). [cited: 10/10/2012]; Available from: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/>.
128. Boccon-Gibod L, Djavan WB, Hammerer P, Hoeltl W, Kattan MW, Prayer-Galetti T, et al. Management of prostate-specific antigen relapse in prostate cancer: a European Consensus. *Int J Clin Pract*. 2004;58(4):382-90.
129. Stephenson AJ, Kattan MW, Eastham JA, Dotan ZA, Bianco FJ, Lilja H, et al. Defining biochemical recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy: a proposal for a standardized definition. *J Clin Oncol*. 2006;24(24):3973-8.
130. Hancock SL, Cox RS, Bagshaw MA. Prostate specific antigen after radiotherapy for prostate cancer: a reevaluation of long-term biochemical control and the kinetics of recurrence in patients treated at Stanford University. *J Urol*. 1995;154(4):1412-7.
131. Zagars GK, Pollack A. The fall and rise of prostate-specific antigen. Kinetics of serum prostate-specific antigen levels after radiation therapy for prostate cancer. *Cancer*. 1993;72(3):832-42.

3.2.8 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Câncer de Mama do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Neoplasia maligna que mais acomete as mulheres em países desenvolvidos, o câncer de mama vem apresentando também as mais altas taxas de mortalidade, tendência esta que se repete em nosso meio. Para 2012, segundo o INCA, são esperados 52.680 novos casos de câncer.

Após a introdução do screening mamográfico, houve um significativo aumento do diagnóstico de lesões mais precoces, ainda não-palpáveis. Entretanto, apesar do benefício de um plano terapêutico mais conservador para estas pacientes, as taxas de mortalidade da doença vêm se mostrando estáveis.

OBJETIVO

Estabelecer parâmetros para o diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer de mama.

SIGLAS

APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

APM: Amplitude de Movimento

AVD: Atividade de Vida Diária

BI-RADS: Relatório e Sistema de Dados do Colégio Americano de Radiologia

BLFS: Biópsia de Linfonodo Sentinela

CAM: Complexo Aréolo-Mamilar

CAT: Categoria

CDIS: Carcinoma Ductal in Situ

CMF: Ciclofosfamida, Metotrexate, Fluorouracil

CO: Cintilografia Óssea

CORE: Core Biopsy ou Biópsia de fragmento

ECG: Eletrocardiograma

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

EPAP: Pressão Positiva Expiratória nas Vias Aéreas

FC: Frequência Cardíaca

FR: Frequência Respiratória

Gy: Gray, unidade de dose absorvida

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

USG/US: Ultrassonografia

HP: História Progressiva

HT: Hormonioterapia
ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva
IH ou IMQ: Imunohistoquímica
INCA: Instituto Nacional de Câncer
LFNDS: Linfonodo sentinela
M: Metástase à Distância
MT: Mamotomia
MMG: Mamografia
N: Metástase em Linfonodo Regional
PAG: Punção por Agulha Grossa
PAAF: Punção Aspirativa por Agulha Fina
PO: Pós-Operatório
PPV1: Valor Preditivo positivo 1
PPV2: Valor Preditivo Positivo 2
QT: Quimioterapia
RE: Receptor de Estrogênio
RH: Receptor Hormonal
RNM: Ressonância Nuclear Magnética
RP: Receptor de Progesterona
T: Extensão do Tumor Primária
TENS: Estimulação Elétrica Transcutânea
TEP: Trombo Embolismo Pulmonar
TMF: Tamoxifeno
TVP: Trombose Venosa Profundo

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Serviço diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças mamárias pela mastologia e equipe multidisciplinar.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Abordagem da Mastologia

- Coleta de informações diretamente do paciente ou responsável;
- Anamnese dirigida para patologia neoplásica;
- Coleta de história de tabagismo e etilismo (registro em papeleta);
- Coleta de história familiar para câncer (registro em papeleta);

- Exame físico realizado por profissional médico (registro de anormalidades);
- Elaboração de hipótese diagnóstica;
- Mamografia bilateral em duas incidências;
- Ultrassonografia de mamas (casos selecionados);
- Biópsia por agulha grossa (core biopsy);
- Biópsia cirúrgica com localização por agulhamento (lesões profundas, não acessíveis à core biopsy);
- Revisão de lâmina se biópsias externas;
- Todas as pacientes deverão ser avaliadas e acompanhadas conjuntamente pelo Serviço de Mastologia;
- Solicitação de exames complementares para o estadiamento (se diagnóstico definido);
- Encaminhamento para tratamento específico no ambulatório de cancerologia (cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, cuidados paliativos e outros).

1- Rastreamento

1.1 O exame clínico das mamas deve ser realizado anualmente, para todas as mulheres com 30 anos ou mais, devendo fazer parte do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias;

1.2 Mamografia anual após os 40 anos;

1.3 Exame clínico das mamas e mamografia anual ou a critério, a partir dos 30 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; dois ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia;

1.4. As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas;

1.5 O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade, nem a mamografia. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde;

1.6. Não indicamos rastreamento ecográfico de rotina para mama densa.

Tabela 1 - Metas de qualidade para o Rastreamento Mamográfico

PPV1, baseado no exame de rastreamento anormal	5-10%
PPV2 quando biópsia (PAAF, core, cirúrgica) é recomendada	25-40%
Tumores encontrados- estágio 0 ou 1	> 50%
Tumores encontrados- câncer mínimo	>30%
Nodos positivos	<25%
Câncer encontrados por 1000 casos	2-10
Prevalência de cânceres encontrados por 1000 primeiros exames	6-10
Incidência de cânceres diagnosticados por 1000 exames de seguimento	2-4
Taxa de reavaliação	<10%
Sensibilidade	> 85%
Especificidade	>90%

2- Diagnóstico

Achados de Rastreamento na Ausência de Alterações Clínicas (Pacientes Assintomáticas)

- Utilizar o BI-RADS rotineiramente para todos os métodos (US/MMG/RNM).

2.1. Categorias do BI-RADS

- Categoria 0: avaliação está incompleta, é necessário avaliação imaginológica adicional (inclui incidências mamográficas adicionais, US, RNM);
- Categoria 1: negativa;
- Categoria 2: achados benignos;
- Categoria 3: provavelmente benigno, seguimento em curto intervalo é sugerido;
- Categoria 4: anormalidades suspeitas, biópsia deve ser considerada;
- Categoria 5: altamente sugestivo de malignidade: ação apropriada deve ser realizada;
- Categoria 6: biópsia sabidamente diagnóstica de malignidade, conduta apropriada deve ser realizada.

Conduas por Categoria

Categoria 0

Avaliação está incompleta, é necessária avaliação imagiológica adicional (inclui incidências mamográficas adicionais, US, RNM).

- Nódulos: vistos em duas incidências, complementar com US para avaliação se sólidos ou císticos e para determinação de uma categoria final. Biopsiar conforme categoria final (4/5);
- Assimetria focal e nódulos duvidosos complementar com US, após compressão localizada e/ou incidências adicionais, para determinação de uma categoria final; biopsiar conforme categoria final (4/5).

Categorias 1 e 2

- Rastreamento anual.

Categoria 3

- Achados provavelmente benignos, segmento inicial a curto prazo é sugerido: achados dessa categoria devem ter risco menor que 2% de malignidade. Não é esperado mudança durante o seguimento, mas o radiologista prefere acompanhar sua evolução;
- Três achados específicos: massas sólidas não calcificadas bem circunscritas, assimetria focal, calcificações arredondadas agrupadas;
- Risco de malignidade de até 2% para nódulos e de até 0,5% para as outras alterações.
- Necessidade de avaliação imagiológica completa antes de estabelecer um diagnóstico de Categoria 3. Todos os estudos excluem lesões palpáveis, Categoria 3 não deve ser usada nessa situação;
- Indicação de biópsia quando os achados aumentam em tamanho ou extensão (passa para CAT 4 ou 5);
- Seguimento imagiológico semestral no primeiro ano e anual após isso.
- Reclassificação de Categoria: possível após 2 anos (no caso de estabilidade considerar CAT 2 após 2 anos);
- Biópsia somente em alterações no seguimento (deixa de ser categoria 3 e passa a ser categoria 4 ou 5);
- Pode ser oferecida biópsia conforme pedido do cliente e avaliação do clínico.

Categoria 4

- Lesões com risco mediano de malignidade, entre 20-40%. Biópsia recomendada (Cito/Histológico-ver capítulo específico). Exemplos: nódulos parcialmente delimitados, distorções arquiteturais, microcalcificações pleomórficas agrupadas.

Categoria 4A (baixo risco de malignidade)

- Citologia ou Histologia benigna (conforme capítulo específico). Controle em seis meses em caso de concordância Clínico-Imaginológica-Patológica;
- Discordância: exérese.

Categoria 4B (risco intermediário de malignidade)

- Cito/Histologia (conforme capítulo específico) para programar exérese;
- Exérese independente do resultado (não acompanhar de rotina).

Categoria 4C (risco moderado de malignidade)

- Nódulos irregulares e microcalcificações agrupadas;
- Exérese de rotina após cito/histologia (conforme capítulo específico).

Categoria 5

- Incidência de malignidade superior a 95% sendo indicado cito/histologia (ver capítulo específico);
- Na presença de achados negativos na "core" ou PAAF, realizar biópsia incisional/excisional;
- Objetivos: definir diagnóstico e quando indicado programar a cirurgia.

Categoria 6

- Malignidade já comprovada (cito ou histologicamente) Histologia em casos que serão submetidos a QT neoadjuvante (precaução com resposta patológica completa e perda da lesão).

2.2- Biópsias (propedêutica invasiva)

2.2.1. PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina)

Nódulos até 7 mm:

- Avaliação de linfonodo axilar (inclusive anterior a BLS);
- Casos de nódulos CAT 3 em que optou-se por investigação.

2.2.2. “Core Biopsy” ou Biópsia de fragmento

Nódulos > 7mm CAT 4 ou CAT 5:

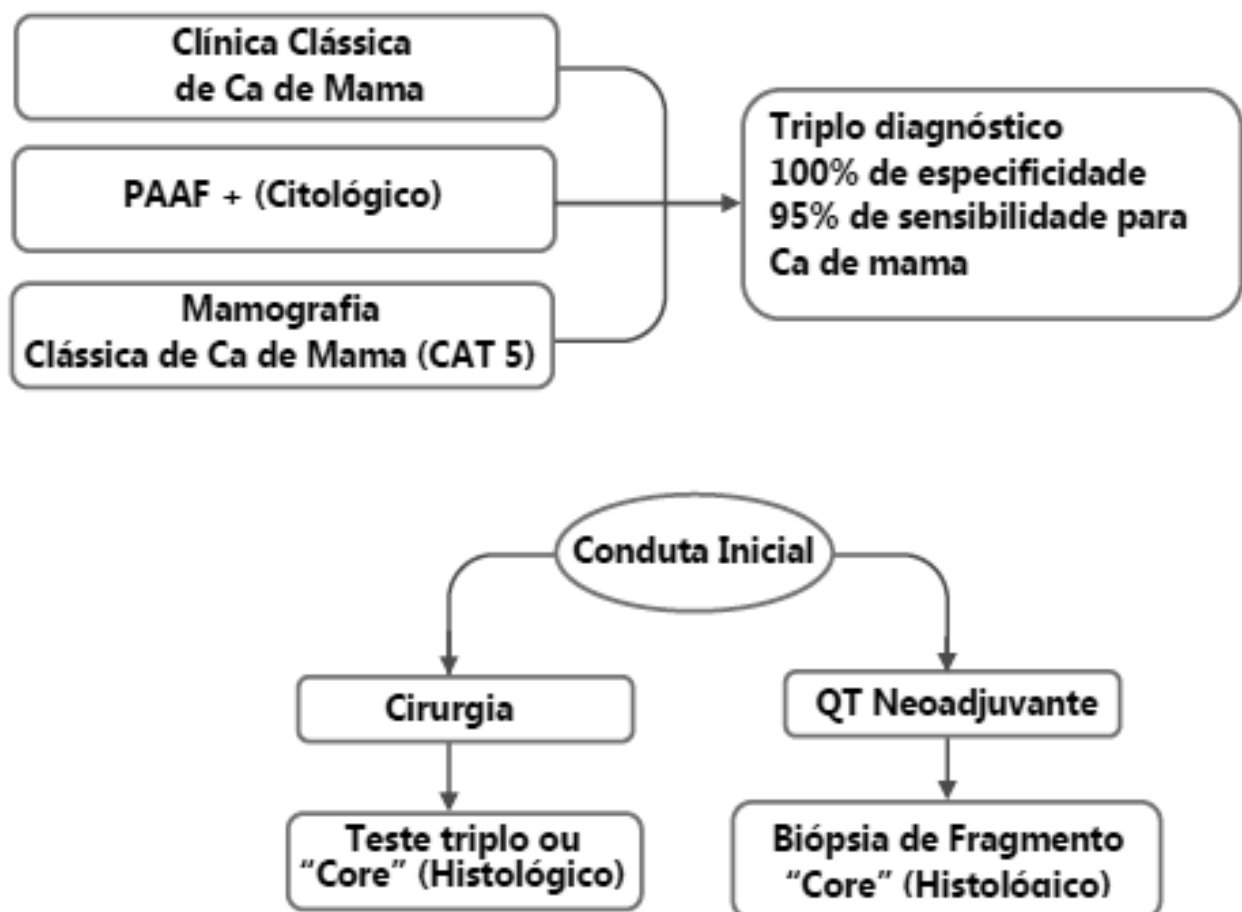
- Revisão de diagnóstico cito ou histológico externo (realizado fora do serviço) conforme correlação anátomo-clínico-imagiológica;
- Casos de nódulos CAT 3 em que optou-se por investigação.

2.2.3. Biópsia Incisional/Excisional (com ou sem marcação ecográfica ou mamográfica)

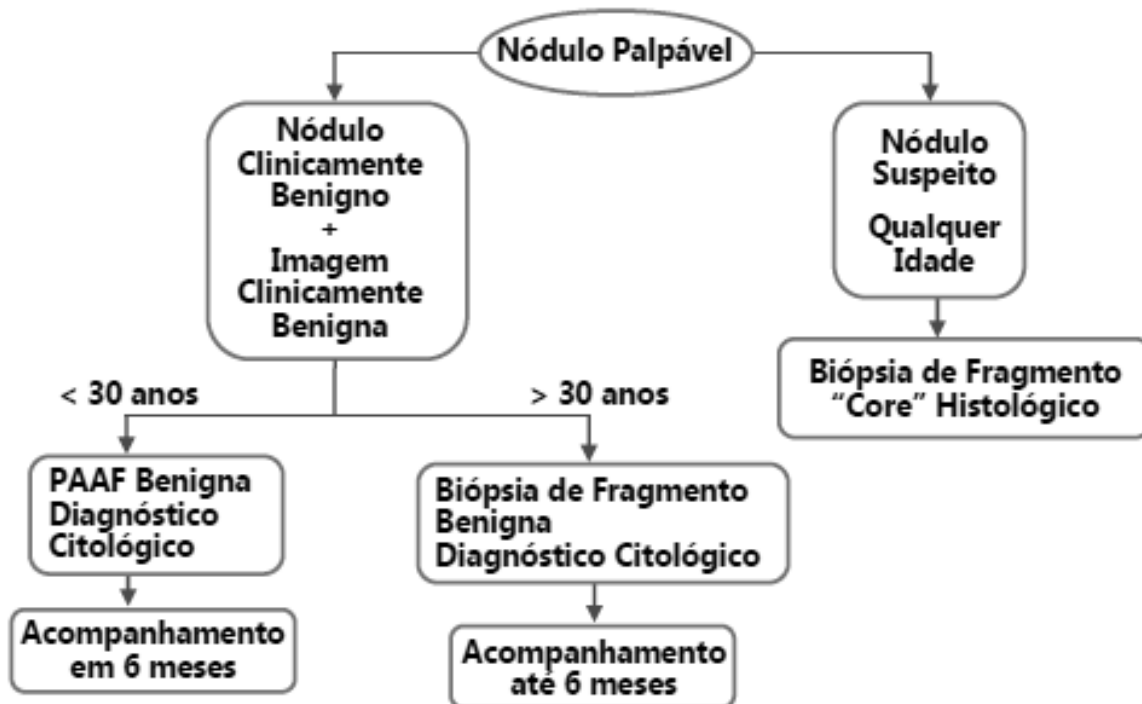
- Casos de benignidade na PAAF ou CORE nas CAT 4b, 4c ou 5;
- Cistos complexos;
- Microcalcificações agrupadas e outras lesões CAT 4 ou 5 não acessíveis a “core” ou PAAF.

2.3- Condutas nas alterações mamárias

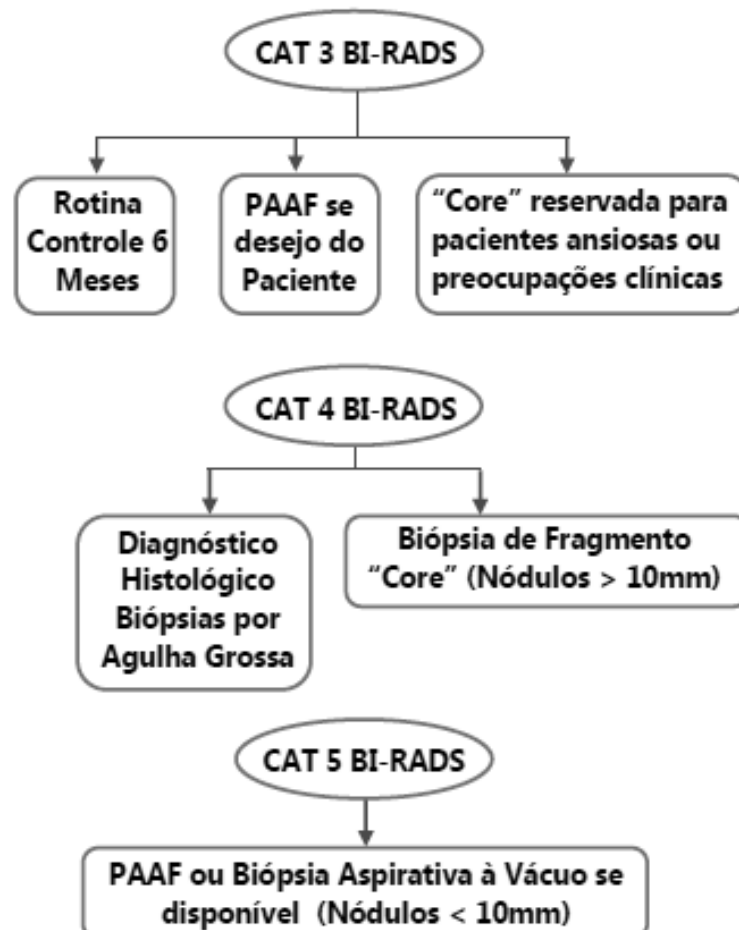
Fluxograma 2 – Situação clínica: nódulos clássicos de malignidade



Fluxograma 3 – Situação Clínica: nódulo palpável



Fluxograma 4 – Nódulos não palpáveis após BIRADS



Fluxograma 5 – Lesões não palpáveis vistas somente à Mamografia

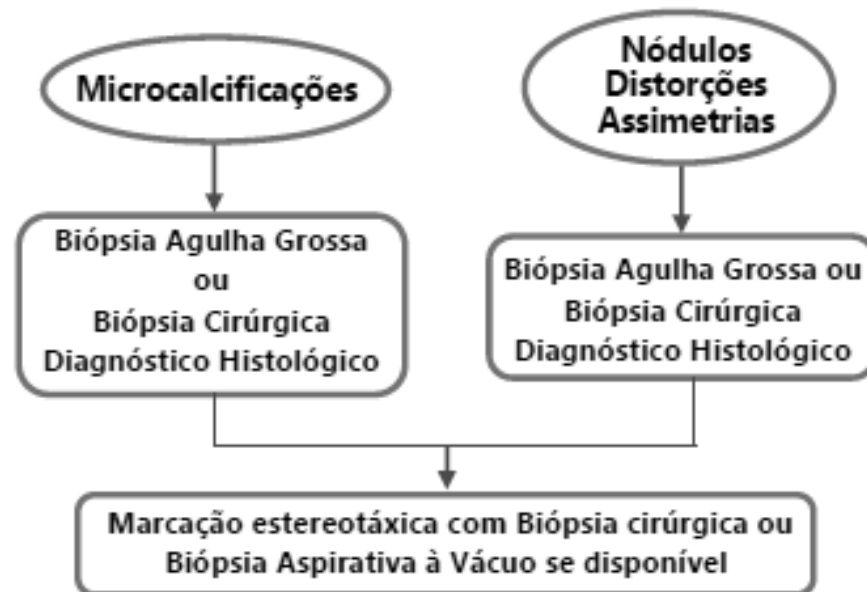


Tabela 2 – Conduta nos Casos de Lesões Categoria 4 e 5 (BI-RADS)

Categoria	Resultado da PAG ou Mamotomia	Análise do Procedimento	Indicação
4	Benigno	Satisfatório	Controle mamográfico em 6m, 6m e 1 ano
4	Benigno	PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
4	Lesões Inconclusivas	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
4	Carcinoma	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento
5	Benigno	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
5	Lesões Inconclusivas	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
5	Carcinoma	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento

Fonte: Modificado do Controle do Câncer de Mama Documento de Consenso INCA 2004
 PAG: Punção com Agulha Grossa (Core biópsia). MT: Mamotomia

Tabela 3 – Conduta nas lesões - Categoria 4 BI-RADS

Categoria 4	Achados Patológicos	Conduta
A – Baixa Suspeição de Malignidade	Benignos e Concordantes	Acompanhamento em 6 meses é apropriado
A – Baixa Suspeição de Malignidade	Discordante	Biópsia Cirúrgica
B – Intermediária Suspeição de Malignidade	Concordante (necrose gordurosa ou fibroadenoma)	Aceitável controle imaginológico
B – Intermediária Suspeição de Malignidade	Discordante (Papiloma)	Biópsia Excisional

Fonte: Adaptado de BI-RADS Fourth Edition 2004 Guidance Chapter

Tabela 4 – Conduta nos nódulos palpáveis conforme a idade

Idade	Nódulo	Conduta
Pacientes >30 anos	Nódulo palpável com características de benignidade	US e PAAF, mamografia se necessário.
Pacientes >30 anos	Nódulo palpável não sugestivo de benignidade	US, mamografia e CORE
Pacientes <30 anos	Nódulo palpável	Mamografia, US
Pacientes <30 anos	Nódulo palpável com características de benignidade	PAAF e CORE
Pacientes <30 anos	Nódulo palpável não sugestivo de benignidade	CORE

Tabela 5 – Conduta em pacientes com Descarga Mamilar

Descarga mamilar	Conduta	Dosagem de prolactina	Tratamento
Não suspeita	US e ou mamografia conforme idade	Realizar em suspeita de hiperprolactinemia	Conforme achados da Propedêutica
Suspeita (Uniductal, espontânea, unilateral, hemorrágica ou em água de rocha)	Mamografia, US e Citologia oncótica da descarga papilar)		

Na ausência de achados suspeitos na propedêutica e persistência de descarga mamilar suspeita, realizar tratamento cirúrgico (Excisão total ou parcial dos ductos).

Galactorréia: prolactina em todos os casos.

Tabela 6 - Condutas nos processo inflamatórios

Tipo	Conduta	Medicação	Observação
Mastite Puerperal	Orientações direcionadas a estase, ingurgitamento e fissuras mamilares.	Se purulenta: Cefalexina 500mg VO de 6/6h por 7 dias	
Abcesso Puerperal	Drenagem de preferência "aberta" e antibióticos.	Cefalexina VO de 6/6h por 7 dias	
Mastite não puerperal central	US de mama na fase aguda para avaliação de abcesso		
Mastite isolada		Cefalosporina 500mg VO de 6/6h associado a Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 21 dias	
Abcesso não puerperal	Drenagem	Cefalosporina 500mg VO de 6/6h associado a Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 21 dias	Acompanhamento fundamental para diagnóstico diferencial com Carcinoma
Mastite Central não Puerperal Recidivante		Cefalosporina 500mg VO de 6/6h associado a Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 21 dias	Recidivas frequentes durante um ano ou presença de fistulas indicam Fistulectomia ou cirurgia de Urban Biópsia para diagnóstico diferencial com Carcinoma é mandatório
Mastite não Puerperal Periférica			Exames para esclarecimento diagnóstico específico: Tbc:BAAR e PPD Sífilis:VDRL Diabetes: Glicemia de jejum
Mastite plasmocitária ou granulomatosa inespecífica		Prednisona 40mg VO por 3 meses	Precisa ser confirmada por biópsia Retirada gradual da medicação (risco de falência Suprarrenal)
Fasceíte Necrosante de mama	Debridamento amplo	Gentamicina 240mg IV 24/24h, Clindamicina 600mg IV 6/6/h	Coleta de cultura e antibiograma antes de antibioticoterapia

Obs.: Mastites não puerperais centrais ou periféricas de causa não identificável e recidivantes devem ser sempre biopsiadas.

Tabela 7 – Condutas nas lesões proliferativas

Tipo	Conduta
Hiperplasia Ductal Atípica	Revisão de lâmina, opinião de um segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Hiperplasia Ductal Atípica como achado incidental	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Hiperplasia Ductal atípica como achado relacionado à lesão imaginológica	Exérese completa da lesão para diagnóstico definitivo
Neoplasia Lobular	Revisão de lâmina com opinião de segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Neoplasia Lobular como achado incidental de biópsia	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Neoplasia como achado relacionado à lesão imaginológica	Exérese completa da lesão para diagnóstico definitivo

Tabela 8 – Conduta no Carcinoma

Tipo	Conduta	Observação
Carcinoma Ductal in situ	Quadrantectomia com margem livre Radioterapia com boost no sítio cirúrgico	Linfonodo sentinela em todos os casos de mastectomia.
Doença Multifocal	Quadrantectomia se for possível com margem livre Radioterapia com boost no sítio cirúrgico	Acompanhamento: Exame físico semestral 1ª mamografia após 6 meses da RT e a seguir anual.
Doença multicêntrica	Mastectomia Avaliar reconstrução conforme técnica e desejo da paciente	Encaminhamento ao Oncologista, discussão do uso de TMX.

Avaliar a necessidade de mamografia pós operatória em até 3 meses depois da cirurgia para exclusão de microcalcificações remanescentes antes de encaminhar a RT.

3- Estadiamento

Assim que confirmado diagnóstico de Ca de mama, realizar:

- Exame cito-histológico: vide propedêutica
- Mamografia (avaliação da extensão/multifocalidade/ multicentricidade/bilateralidade);
- US de mamas conforme indicações da propedêutica (vide capítulo específico);
- RX tórax;
- Hemograma;
- Função hepática;
- Fosfatase Alcalina, GGT/LDH;
- US abdominal total (Estadiamento III e alteração da função hepática);
- Cintilografia óssea (Estadiamento III, pacientes sintomáticas, ou com alterações laboratoriais – fosfatase alcalina);
- TC de tórax (somente alteração do RX ou sintomáticas);
- TC sistema nervoso central (se sintomáticas, encaminhar a paciente ao neurologista);

TUMORES DE MAMA

(CID-10 - C50)

1- Regras para classificação

A classificação é aplicável somente para carcinomas, tanto para mama feminina quanto masculina. Deve haver confirmação histológica da doença. A sub-localização anatômica de origem deve ser registrada, mas não é considerada na classificação. No caso de tumores primários múltiplos sincrônicos em uma mama, o tumor com a maior categoria T deve ser usado para a classificação. Os cânceres de mama, bilaterais e simultâneos, devem ser classificados independentemente para permitir a divisão dos casos por tipo histológico.

1.1- Os procedimentos para avaliação das categorias T, N e M são os seguintes:

- Categorias T- Exame físico e diagnóstico por imagem, p. ex., mamografia;
- Categorias N- Exame físico e diagnóstico por imagem;
- Categorias M- Exame físico e diagnóstico por imagem.

1.2- Sub-localizações Anatômicas:

1. Mamilos (C50.0);
2. Porção central (C50.1);
3. Quadrante superior interno (C50.2);
4. Quadrante inferior interno (C50.3);
5. Quadrante superior externo (C50.4);
6. Quadrante inferior externo (C50.5);
7. Prolongamento axilar (C50.6).

Obs.: Pacientes com mais de dez linfonodos positivos, realizar TC tórax, abdome e pelve.

2- Linfonodos Regionais

Os linfonodos regionais são:

2.1- Axilares (homolaterais): linfonodos interpeitorais (Rotter) e os linfonodos ao longo da veia axilar e suas tributárias, que podem ser divididos nos seguintes níveis:

I) Nível I (axilar inferior): linfonodos situados lateralmente à borda lateral do músculo pequeno peitoral;

II) Nível II (axilar médio): linfonodos situados entre as bordas medial e lateral do músculo pequeno peitoral e os linfonodos interpeitorais (Rotter);

III) Nível III (axilar apical): linfonodos apicais e aqueles situados medialmente à margem medial do músculo pequeno peitoral, excluindo aqueles designados como subclaviculares ou infraclaviculares.

2.2- Infraclaviculares (subclaviculares) (homolaterais);

2.3- Mamários internos (homolaterais): linfonodos localizados nos espaços intercostais, ao longo da borda do esterno, na fáscia endotorácica;

2.4- Supraclaviculares (homolaterais):

Qualquer outra metástase em linfonodo é classificada como metástase à distância (M1), incluindo os linfonodos cervicais ou mamários internos contralaterais.

3- TNM - Classificação Clínica

T – Tumor

TX O tumor primário não pode ser avaliado;

T0 não há evidência de tumor primário:

- Tis Carcinoma in situ;
- Tis (CDIS) Carcinoma ductal in situ;
- Tis (CLIS) Carcinoma lobular in situ;
- Tis (Paget) Doença de Paget do mamilo sem tumor na mama.

Nota:

- Os linfonodos intramamários são classificados como linfonodos axilares nível I;
- A doença de Paget associada com tumor é classificada de acordo com o tamanho do tumor.

T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão;

T1mic Microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão;

T1a Com mais de 0,1 cm, até 0,5 cm em sua maior dimensão;

T1b Com mais de 0,5 cm, até 1 cm em sua maior dimensão;

T1c Com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão;

T2 Tumor com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão;

T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão;

T4 Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a a T4d;

T4a Extensão à parede torácica;

T4b Edema (inclusive "pele de laranja", „peau d'orange"), ou ulceração da pele da mama, ou nódulos cutâneos confinados à mesma mama;

T4c ambos (T4a e T4b), acima;

Nota:

- Microinvasão é a extensão de células neoplásicas além da membrana basal, alcançando os tecidos adjacentes, sem focos tumorais maiores do que 0,1 cm em sua maior dimensão;

- Quando há focos múltiplos de microinvasão, somente o tamanho do maior foco é utilizado para classificar a microinvasão. (Não usar a soma dos focos individuais) A presença de múltiplos focos de microinvasão deve ser anotada como se faz com os carcinomas invasores extensos múltiplos.

- A parede torácica inclui costelas, músculos intercostais, músculo serrátil anterior, mas não inclui o músculo peitoral.

T4d Carcinoma inflamatório.

Nota:

• O carcinoma inflamatório da mama é caracterizado por um endurecimento difuso e intenso da pele da mama com bordas erisipelóides, geralmente sem massa tumoral subjacente. Se a biópsia de pele for negativa e não existir tumor primário localizado mensurável, o carcinoma inflamatório clínico (T4d) é classificado patologicamente como pTX. A retração da pele, do mamilo ou outras alterações cutâneas, exceto aquelas incluídas em T4b e T4d, podem ocorrer em T1, T2 ou T3, sem alterar a classificação.

N - Linfonodos Regionais

NX. Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (p. ex., por terem sido previamente removidos);

N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais;

N1 Metástase em linfonodo (s) axilar (es), homolateral (ais), móvel (eis);

N2 Metástase em linfonodo (s) axilar (es) homolateral (is) fixo (s) ou metástase clinicamente aparente* em linfonodo (s) mamário (s) interno (s) homolateral (is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo (s) axilar (es);

N2a Metástase em linfonodo (s) axilar (es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas;

N2b Metástase clinicamente aparente* em linfonodo (s) mamário (s) interno (s), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo (s) axilar (es);

N3 Metástase em linfonodo (s) infra clavicular (es) homolateral (ais) com ou sem envolvimento de linfonodo (s) axilar (es); ou clinicamente aparente* em linfonodo (s) mamário (s) interno (s) homolateral (ais), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo (s) axilar (es); ou metástase em linfonodo (s) supra clavicular (es) homolateral (is) com ou sem envolvimento de linfonodo (s) axilar (es) ou mamário (s) interno (s);

N3a Metástase em linfonodo (s) infra clavicular (es);

N3b Metástase em linfonodo (s) mamário (s) interno (s) e axilares;

N3c Metástase em linfonodo (s) supra clavicular (es).

Nota:

• *Clinicamente aparente = detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia).

M - Metástase à Distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada;

M0 Ausência de metástase à distância;

M1 Metástase à distância.

A categoria M1 pode ser adicionalmente especificada de acordo com as seguintes notações:

- Pulmonar PUL (C34);
- Medula óssea MO [MAR](C42.1);
- Óssea OSS (C40, 41);
- Pleural PLE (C38.4);
- Hepática HEP (C22);
- Peritoneal PER (C48.1,2);
- Cerebral CER [BRA] (C71);
- Supra-renal (Adrenal) ADR (C74);
- Linfonodal LIN [LYM](C77);
- Pele CUT [SKI](C44);
- Outras OUT [OTH].

pTNM - Classificação Patológica

pT - Tumor Primário

A classificação histopatológica requer o exame do carcinoma primário sem tumor macroscópico nas margens de ressecção. Um caso pode ser classificado como pT se houver somente tumor microscópico em uma margem. As categorias pT correspondem às categorias T.

Nota:

- Ao se classificar a categoria pT, o tamanho do tumor é a medida do componente invasivo. Se há um grande componente in situ (p. ex., 4 cm) e um pequeno componente invasor (p. ex., 0,5 cm), o tumor é codificado como pT1a.

pN - Linfonodos Regionais

A classificação histopatológica requer a ressecção e o exame, pelo menos, dos linfonodos axilares inferiores (nível I). Tal ressecção incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos. Se os linfonodos são negativos, mesmo que o número usualmente examinado seja não encontrado, classifica-se como pN0. O exame de um ou mais linfonodos sentinelas pode ser usado para a classificação patológica. Se a classificação é baseada somente em biópsia do linfonodo sentinela sem dissecação subsequente dos linfonodos axilares, deve ser designado como (sn) para linfonodo sentinela, p. ex., pN1(sn);

pNx Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (não removidos para estudo ou previamente removidos);

pN0 Ausência de metástase em linfonodos regionais*.

Nota:

- *Casos somente com células tumorais isoladas (CTI [ITC]) nos linfonodos regionais são classificados como pN0. As CTI [ITC] são células tumorais únicas ou em pequenos grupamentos celulares, não maiores que 0,2 mm em sua maior dimensão, que são geralmente detectadas por imunohistoquímica ou métodos moleculares, mas que poderiam ter sido verificados pela coloração de rotina (H&E). As CTI [ITC], tipicamente, não mostram evidência de atividade metastática, p. ex., proliferação ou reação estromal.

pN1mi Micrometástase (maior que 0,2 mm, porém não maior que 2 mm em sua maior dimensão);

pN1 Metástase em 1-3 linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), e/ou linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is) com metástase microscópica detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN1a Metástase em 1-3 linfonodo(s) axilar(es) incluindo pelo menos um maior que 2 mm em sua maior dimensão;

pN1b Metástase microscópica em linfonodos mamários internos detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN1c Metástase em 1-3 linfonodos axilares e metástase microscópica em linfonodos mamários internos detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN2 Metástase em 4-9 linfonodos axilares homolaterais, ou em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), clinicamente aparente na ausência de metástase em linfonodos axilares;

pN2a Metástase em 4-9 linfonodos axilares incluindo, pelo menos, um maior que 2 mm;

pN2b Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), clinicamente aparente, na ausência de metástase em linfonodos axilares.

Nota:

• Não clinicamente aparente = não detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia). clinicamente aparente = detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia) ou macroscopicamente visível patologicamente.

pN3 Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares homolaterais; ou em linfonodos infra-claviculares homolaterais; ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de um ou mais linfonodos axilares positivos; ou em mais de 3 linfonodos axilares clinicamente negativos, metástase microscópica em linfonodos mamários internos; ou em linfonodos supraclaviculares homolaterais;

pN3a Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares (pelo menos um maior que 2 mm) ou metástase em linfonodos infraclaviculares;

pN3b Metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), na presença de linfonodos axilares positivos; ou metástase em mais de 3 linfonodos axilares e em linfonodos mamários internos com metástase microscópica detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN3c Metástase em linfonodos supraclaviculares.

pM - Metástase à distância

As categorias pM correspondem às categorias M.

G - Graduação Histopatológica

Para a graduação histopatológica dos carcinomas invasivos, consulte a publicação: Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathology* 1991; 19:403-410.

Classificação R

A ausência ou presença de tumor residual após o tratamento pode ser descrita pelo símbolo R.

RX A presença de tumor residual não pode ser avaliada;

R0 Ausência de tumor residual;

R1 Tumor residual microscópico;

R2 Tumor residual macroscópico

Resumo Esquemático - Tumor de Mama

T – Tumor primário:

Tx – Tumor primário não pode ser avaliado;

T0 – Ausência de tumor mensurável;

T1mic – Microinvasão $\leq 0,1\text{cm}$;

T1a – Tumor $> 0,1\text{cm}$ e $\leq 0,5\text{cm}$;

T1b – Tumor $> 0,5\text{cm}$ e $\leq 1\text{cm}$;

T1c – Tumor $> 1\text{cm}$ e $\leq 2\text{cm}$;

T2 – Tumor $> 2\text{cm}$ e $\leq 5\text{cm}$;

T3 – Tumor $> 5\text{cm}$;

T4a – Qualquer tamanho com extensão à parede torácica;

T4b – Qualquer tamanho com extensão para pele;

T4c – Extensão para pele e parede torácica;

T4d – Carcinoma inflamatório.

N – Avaliação Clínica do Status Linfonodal:

Nx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados (quando previamente retirados);

N0 – Ausência de metástase linfonodal;

N1 – Metástases para linfonodos axilares ipsolaterais e móveis;

N2a – Metástases para linfonodos axilares ipsolaterais, mas fixos entre si ou em outras estruturas;

N2b – Metástase clinicamente aparente apenas em linfonodo da cadeia mamária interna ipsolateral, na ausência de envolvimento da cadeia axilar;

N3a – Metástase para linfonodo infraclavicular ipsolateral, com ou sem envolvimento axilar;

N3b – Metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna ipsolateral, na presença de metástase clinicamente evidente na região axilar;

N3c – Metástase para cadeia supraclavicular ipsolateral com ou sem envolvimento das cadeias axilar ou mamária interna.

N – Avaliação Patológica do Status Linfonodal:

pNx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados (quando previamente retirados ou quando não analisados pelo patologista);

pN0 – Ausência de metástase em linfonodos regionais analisados histologicamente;

pN0 (i-) – Histologia negativa; IH

(imunohistoquímica) negativa;

pN0 (i+) – Histologia negativa; IH positiva (sem agrupamentos celulares maiores que 0,2mm);

pN0 (mol-) – Histologia negativa; PCR negativo;

pN0 (mol+) – Histologia negativa; PCR positivo;

pN1mi – micrometástase ($> 0,2\text{mm}$ e menor ou igual a 2 mm);

pN1a – 1 a 3 linfonodos axilares acometidos;

pN1b – Metástase microscópica para cadeia mamária interna, clinicamente não aparente (detectada pela técnica do linfonodo sentinela);

pN1c – 1 a 3 linfonodos axilares acometidos, associados a metástase microscópica para cadeia mamária interna (clinicamente inaparente, mas detectada pela técnica do linfonodo sentinela). Obs: se associado com mais de três gânglios axilares o estadió é pN3b;

pN2a – 4 a 9 linfonodos axilares acometidos (pelo menos um agrupamento celular maior que 2 mm);

pN2b – Metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna na ausência de acometimento axilar;

pN3a – 10 ou mais linfonodos axilares acometidos (pelo menos um agrupamento celular maior que 2 mm), ou metástase infraclavicular;

pN3b – Metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna na presença de acometimento axilar; ou 4 ou mais gânglios axilares acometidos associados a metástase microscópica para cadeia mamária interna (clinicamente inaparente e detectado pela técnica do linfonodo sentinela);

pN3c – Metástase em linfonodo supraclavicular ipsolateral.

M – Metástase à Distância:

M0 – Sem metástase à distância;

M1 – Metástases à distância.

Tabela 9 – Grupamento por Estádios

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	qqT	N3	M0
IV	qqT	qqN	M1

Nota:

- T1 inclui o T1mic.

4-Tratamento

4.1 Tabela 10 – Tratamento de Lesões Proliferativas Atípicas

Tipo	Conduta
Hiperplasia Ductal Atípica	Revisão de lâmina Opinião de um segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Hiperplasia Ductal Atípica como achado incidental	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Hiperplasia Ductal Atípica relacionado à lesão imaginológica	Exérese cirúrgica completa de lesão para diagnóstico definitivo
Neoplasia Lobular	Revisão de lâmina Opinião de segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Neoplasia Lobular como achado incidental em biópsia	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Neoplasia Lobular como achado relacionado à lesão imaginológica	Exérese cirúrgica completa de lesão para diagnóstico definitivo

4.2 Tratamento do CARCINOMA “IN SITU”

4.2.1 Ductal

- I. Cirurgia conservadora: margens de 1 cm se possível, mas no mínimo de 0,2cm) seguida de radioterapia com boost no sítio cirúrgico;
- II. Considerar mastectomia se Tu ductal “in situ” multicêntrico (2 ou mais quadrantes) ou extenso (>2,5cm); neste caso não se faz radioterapia. No caso de Doença Multifocal, se for possível margem livre, quadrantectomia, com radioterapia com boost no sítio cirúrgico;
- III. Linfonodo sentinela se mastectomia
- IV. Avaliar a necessidade de mamografia pós operatória em até 3 meses depois da cirurgia para exclusão de microcalcificações remanescentes antes de encaminhar à RT;
- V. Acompanhamento: exame físico semestral. 1ª mamografia após 6 meses da RT e depois anual. Encaminhar todos os casos à Oncologia para ser considerada a hormonioterapia “profilática” com TMF (procedimento não coberto pelo SUS).

4.2.2 Lobular

- I. Forte preditor de futuro Ca Invasivo, na mesma mama ou na oposta;
- II. Conduta conforme achado específico em biópsia (vide item 2.11);
- III. Não indicar radioterapia;

4.3 Tratamento Carcinoma Ductal Invasor

4.3.1 Tratamento Conservador

Sempre que possível e considerando:

- Desejo da paciente;
- Resultado estético satisfatório;
- Margens livres;
- Multifocalidade desde que margem livre;
- CDIS extenso associado: desde que margem livre;

Contraindicações do tratamento conservador:

- Multicentricidade;
- Impossibilidade de realizar Radioterapia seja por contraindicação clínica ou social.

4.3.2 Opções Cirúrgicas para tratamento conservador

- Quadrantectomia (inclui ressecção de pele): conforme opção do cirurgião;
- Setorectomia (não inclui ressecção de pele): conforme opção do cirurgião;
- Mastectomia: na impossibilidade do tratamento conservador;
- Mastectomia Radical (Halsted): ampla ressecção de pele da mama (incisão em gota), mastectomia, ressecção dos peitorais maior e menor, dissecação axila níveis I, II e III. Reservada na maioria das vezes para casos localmente avançados ou avançados com indicação cirúrgica ou higiênica, na ausência de resposta a QT neoadjuvante e quando as outras opções cirúrgicas de Mastectomia não preenchem os objetivos propostos;
- Radical Modificada Pattey: ressecção de pele da mama, ressecção do peitoral menor, dissecação axila I, II, III. Indicação: conforme o cirurgião;
- Radical Modificada Madden: ressecção de pele da mama, dissecação axila I, II, III. Indicação: mastectomia preferencialmente indicada na maioria dos casos com necessidade de dissecação da axila;
- Mastectomia Poupadora de pele: incisão poupadora de pele com retirada somente do CAM (complexo areolo-mamilar). Indicada quando não há necessidade de ampla retirada de pele e a preservação da pele favorece um melhor resultado estético na reconstrução;
- Mastectomia Simples: retirada de pele com CAM. Indicada nos casos em que não é possível o tratamento conservador da mama, mas é realizado o tratamento conservador da axila (LFNS). Também indicada na recorrência local pós tratamento cirúrgico conservador com radioterapia, “mastectomia de resgate”;
- Mastectomia Subcutânea (preservadora da pele e do mamilo): casos selecionados em que não há possibilidade de tratamento conservador da mama e é possível a preservação da pele e do mamilo. Casos de mastectomia para Ca in situ que é possível preservar o CAM sem realizar a RT;

Tratamento cirúrgico da axila

- Linfonodo Sentinela: mastectomias com axila negativa, tumores até 5,0 cm com axila clinicamente negativa;

Técnica do LFNS: sempre que possível, técnica combinada - azul patente e radiomarcador (Tecnécio).

- Esvaziamento axilar: níveis I e II com exploração do nível III rotineiramente na presença de axila clinicamente positiva. Sempre avaliar os linfonodos de Rotter; O esvaziamento axilar poderá ser omitido na presença de micrometástase em um (1) linfonodo sentinela.

5- Radioterapia e quimioterapia em Carcinoma de Mama

5.1- Carcinoma Ductal in Situ

- Tratamento Conservador: irradiação de toda mama na dose de 5.000/5.040cCY em 25/28 frações, em cinco frações por semana, em campos tangenciais opostos. Dose de reforço de 1.000/900cCY no quadrante inicialmente afetado;
- Mastectomia: não está indicada a RT.

5.2- Carcinoma invasor

- Cirurgia Conservadora com Axila N0: irradiação de toda mama com dose de 5.000/5.040 cCY, em 25/28 frações por semana. Dose de reforço, ""Boost", de 1.000/900cCy no quadrante inicialmente afetado;
- Cirurgia Conservadora com axila + (positiva): irradiação de toda mama com dose de 5.000/5.040 cCY, em 25/28 frações por semana. Dose de reforço, ""Boost", de 1.000/900cCy no quadrante inicialmente afetado. Quando axila histologicamente acometida (4 ou mais Linfonodos positivos) irradiar a fossa supra clavicular na dose de 4.500cCY a 5.040cCY em cinco semanas e meia de tratamento. Campo anterior direto;
- Pacientes Mastectomizadas: não estão indicadas a RT de rotina. Indica-se a Irradiação da parede torácica através de dois campos paralelos e opostos com cones localizadores na dose de 5.040cCY em 28 frações se margens exíguas, estágio T3 ou T4, pacientes com doença localmente avançada que receberam Qt neoadjuvante, presença de margens profundas acometidas, presença de 4 ou mais linfonodos positivos, tumores macroscopicamente multicêntricos, EC II com invasão angiolinfática + grau histológico III;
- Reforço de 900cCY na parede torácica se margens exíguas;
- Uso de bólus na cicatriz durante irradiação ou boost com elétrons na cicatriz, dependendo da curva de isodose escolhida e da dose recebida na pele se comprometimento de pele;
- Mastectomia Radical pT3 ou pT4, multicentricidade e ou axila + (positiva): Radioterapia na parede torácica campos paralelos opostos – dose 5.040cCY em 28 frações. Boost de 900cCY em cicatriz ou bolus. Irradiação da fossa supra clavicular com dose 4.500 a 5.000cCy – 180cCY/dia.

Considerações Gerais

Todos os casos de câncer de mama serão encaminhados ao serviço de Oncologia Clínica para avaliação de tratamento complementar.

Pacientes com proposta de QT baseadas em antracíclicos ou Taxanes não receberão tratamento concomitante, devendo ser submetidas primeiro à Qt e só após iniciar a Radioterapia.

As pacientes que receberam Qt neoadjuvante terão indicação da Radioterapia baseada no Ec inicial. Irradiação da cadeia mamária interna pode ser indicada em caso de tumores de quadrante central ou medial e com axila positiva. Usa-se feixes de elétrons, feixes mistos e planejamento 3D.

Não há necessidade de irradiação da axila se ela for adequadamente esvaziada. Não há consenso quanto à necessidade de radioterapia na axila, se houver ruptura capsular ou invasão de gordura axilar.

- Recidiva local pós-mastectomia não irradiada: Radioterapia no plastrão mamário em doses usuais após cirurgia com margem se possível. Todo plastrão e drenagens – 45 - 50 Gy. Boost na área recidivada – 10 - 15 Gy;
- Recidiva pós-mastectomia irradiadas previamente: Se possível, ressecção cirúrgica e/ou Radioterapia;
- Lesões volumosas irresecáveis: radioterapia com campo bem localizado, preferência conformacional;
- Lesões disseminadas ou in situ: usa-se Elétrons;
- Não há consenso na forma de tratar uma paciente com recidiva local após mastectomia;
- A maioria dos oncologistas indica um tratamento local, com cirurgia e/ou radioterapia, seguido de tratamento sistêmico;
- Recidiva locorregional pós tratamento conservador e radioterapia: mastectomia simples
- (com dissecação axilar, se couber, casos previamente não dissecados submetidos a linfonodo sentinela). Imunohistoquímica deve ser solicitada em todos os casos. Painel IMQ: RE (receptor de estrogênio), RP (receptor de progesterona), Her 2 (receptor de crescimento epitelial tipo 2).

Tabela 11 - CID 10

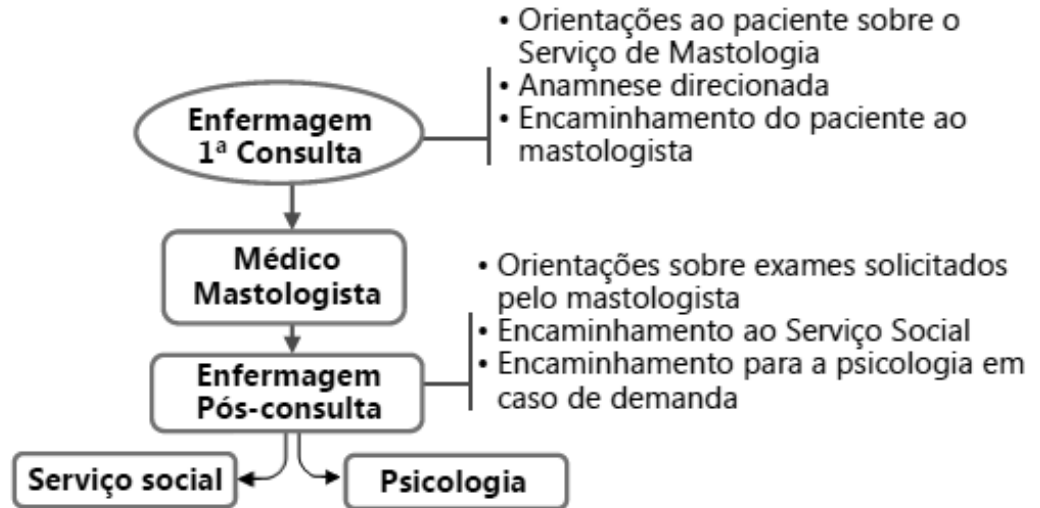
Neoplasia Maligna da mama	CID 10
Neoplasia maligna do mamilo e aréola	C50.0
Neoplasia maligna da porção central da mama	C50.1
Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama	C50.2
Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama	C50.3
Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama	C50.4
Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama	C50.5
Neoplasia maligna da porção axilar da mama	C50.6
Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva	C50.8
Neoplasia maligna da mama, não especificada	C50.9

Morfologia		Código Morf
Carcinoma de dutos infiltrante	85-90%	M8500/
Carcinoma lobular SOE	5%	M8520/
Carcinoma infiltrante de dutos e lobular		M8522/
Comedocarcinoma SOE		M8501/
Adenocarcinoma papilar intraductal c/ invasão		M8503/
Carcinoma medular SOE	<5%	M8510/
Carcinoma inflamatório		M8530/
Doença mamária de Paget		M8540/

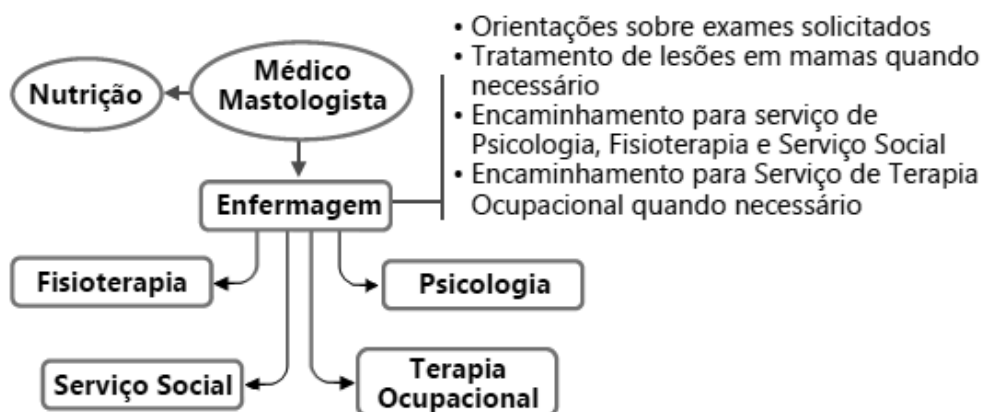
6- Abordagem multiprofissional

6.1 – Enfermagem dentro do Serviço de Mastologia – Fluxograma 6

Primeiro Tempo 1ª Consulta

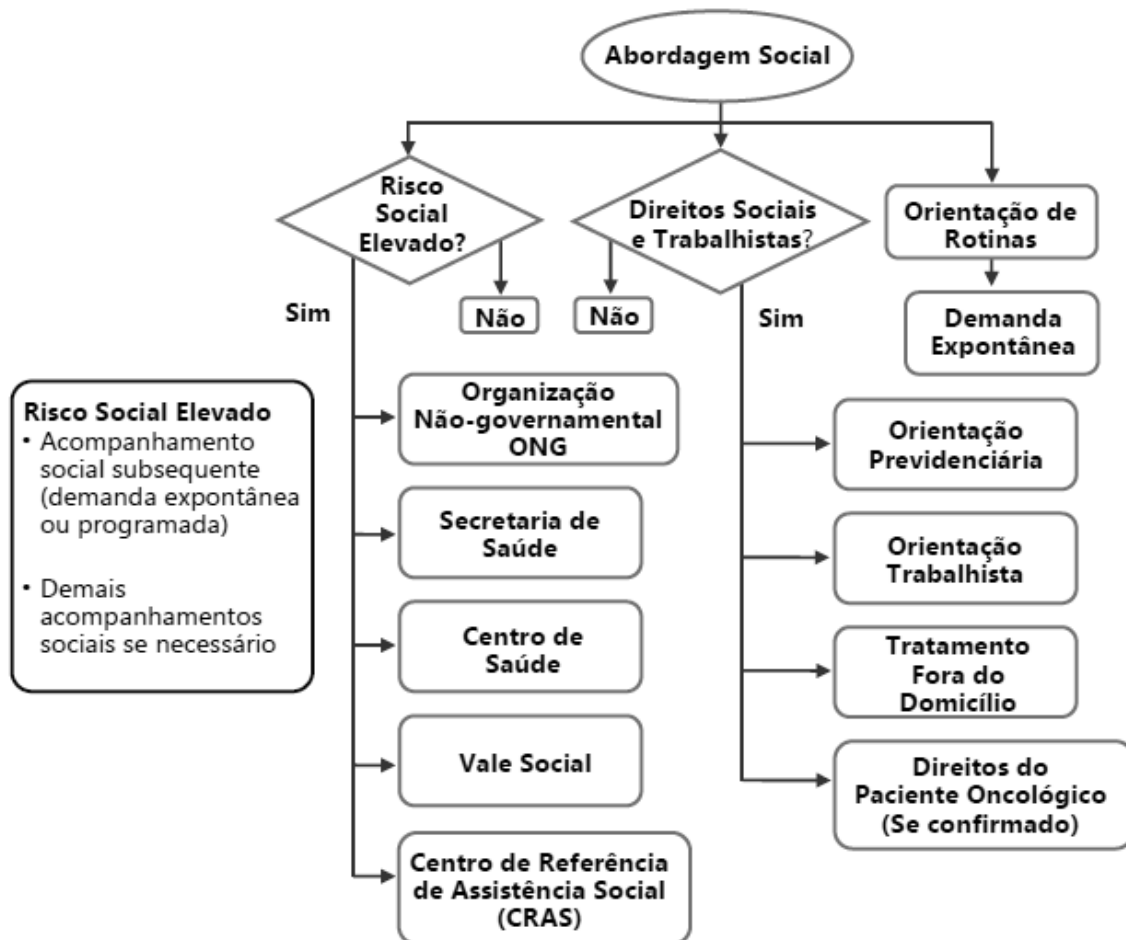


Segundo Tempo



6.2 – Assistência Social - Fluxograma 7

Atendimento ao Paciente em Primeira Consulta no Ambulatório de Mastologia do HAC



6.3- Fisioterapia

A fisioterapia se apresenta como uma modalidade importante de tratamento para câncer de mama. Ela atua diretamente na restauração da funcionalidade e na facilitação das atividades de vida diária, procurando prevenir e tratar as complicações pós-operatórias, contribuindo para redução das morbidades ocorridas neste período. Complicações que podem ser encontradas

Dor, parestesia, restrição articular, déficit funcional, alteração cicatricial, linfedema, fraqueza muscular, escápula alada, alteração postural e de esquema corporal, sensação de mama fantasma, trombose linfática superficial.

A implantação de uma rotina de atendimento fisioterapêutico para pacientes portadores de câncer de mama tem como principal objetivo a intervenção precoce, minimizando o quadro de morbidades permitindo assim uma melhor qualidade de vida. O acompanhamento da Fisioterapia se realizará nos período pré-operatório e pós-operatório imediato e tardio.

Indicação para Fisioterapia

Pacientes que serão submetidas à mastectomia, quadrantectomia, abordagem axilar, biópsia de linfonodo sentinela e reconstrução mamária.

Pré-operatório

- Apresentação do profissional e dos objetivos da fisioterapia junto à paciente;
- Avaliação inicial – nome, idade, estado civil, situação familiar, ocupação, tabagismo, etilismo, doenças e cirurgias prévias, doença atual, amplitude de movimento (ADM), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), ausculta respiratória e perimetria nos casos de abordagem axilar;
- Exercícios respiratórios e de membros;
- Orientações quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, transferências de decúbito e cuidados com o dreno.

Pós-operatório imediato e tardio

- O atendimento fisioterapêutico se realizará a partir do 1º pós operatório e durante toda a internação, uma vez ao dia ou duas vezes se necessário;
- Avaliação física e funcional da paciente, com verificação da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), ausculta pulmonar, padrão respiratório, nível de compreensão e consciência, averiguação da ferida operatória e drenos;
- Reforçar as orientações de cuidados com a ferida operatória, com o membro superior homolateral à cirurgia e posicionamento adequado no leito (decúbito dorsal com cabeceira elevada a 30° com membro superior ligeiramente elevado, quando realizada abordagem axilar);
- Exercícios respiratórios e de membros inferiores;
- Mobilização do membro superior homolateral à cirurgia até o limite de 90° ou no limite da dor (a partir do 1º PO);
- Utilização de equipamentos fisioterápicos quando indicado: inspirômetro de incentivo, flutter, EPAP e massager vibratório;
- Orientações quanto à forma correta de se levantar e deitar no leito após a cirurgia (decúbito lateral contrário ao lado operado com semiflexão de membros inferiores apoiando-se em membro superior não operado);
- Assentar a beira do leito/deambular;
- Autocuidado nas AVDs;
- Massagem de deslizamento/relaxamento;

- Fornecer encaminhamento para atendimento ambulatorial para retorno em três semanas.

Pós-operatório tardio/ambulatorial

- Após a retirada dos pontos (três semanas), ou antes, se necessário;
- Nesta fase inicia-se o período de reabilitação dos membros superiores, com o objetivo de reduzir a sintomatologia e favorecer o retorno mais precoce da funcionalidade;
- Periodicidade do tratamento: uma ou duas vezes na semana.

Tratamento proposto no pós-operatório tardio (ambulatorial)

- Avaliação da paciente – verificação da cirurgia realizada, ferida operatória, aspecto da pele, ADM, FC, FR, ausculta pulmonar, perimetria de membros superiores, avaliação postural e queixa principal;
- Exercícios respiratórios;
- Exercícios para recuperação da mobilidade e função do membro superior homolateral a cirurgia;
- Exercícios cervicais, de cintura escapular e de membros inferiores;
- Exercícios de relaxamento;
- Após a retirada dos pontos, exercícios para membro superior com amplitude maior que 90°;
- Massagem evacuativa e de deslizamento, evitando a área do sítio cirúrgico;
- Após o 30º P.O. iniciar com massagem cicatricial e auto massagem, exceto nos casos de complicações pós-operatórias na área operada;
- Utilização de massagem vibratória mecânica e compressas de gelo quando necessário;
- Utilização de aparelhos de eletroestimulação (TENS/FES) para controle de dor e estimulação nervosa;
- Orientações de retorno gradativo às atividades de vida diária e profissional;
- Orientações quanto ao uso de prótese externa e soutiens adequados;
- Na presença de seroma, os exercícios e a massagem devem ser reavaliados junto à equipe médica;
- Em casos selecionados de trombose linfática superficial, realização de tração manual;
- Quando verificado o linfedema, inserir a paciente no programa de tratamento para linfedema.

Atuações preventivas de linfedema

- Automassagem 2x ao dia;
- Exercícios orientados 1x ao dia;
- Autocuidado;
- Orientações.

Atuações no linfedema instalado

Drenagem linfática, massagem vibratória, cinesioterapia, enfaixamento compressivo, cuidados com a pele, orientações domiciliares (ANEXO I) e adaptação de malha compressiva ao término do tratamento.

Duração do tratamento para linfedema já instalado

- 12 sessões / 02x semana > reavaliação.

Evolução do tratamento e critérios para alta

- Diminuição de queixa álgica;
- Escala de dor (EVA) de 0 a 10:
- Aumento da ADM;
- Aumento da força muscular: exercícios resistidos serão trabalhados após liberação de ADM e com carga máxima de 1 kg e observação permanente;
- Perimetria de membros superiores: diferença menor que 2,0 cm ou similar à medida pré-operatória;
- Funcionalidade;
- Retorno às atividades de vida diária (AVD"s).

Após a alta fisioterapêutica

- 1º retorno em 30 dias;
- 2º retorno em 90 dias;
- 3º retorno anualmente até completar 05 anos;
- As pacientes que estiverem seguindo tratamento na Radioterapia serão acompanhadas neste período.

Orientações de cuidados com o braço do lado operado – (ANEXO I)

6.4- Psicologia

- Criar um espaço onde as pacientes possam ser ouvidas nas suas angústias e fantasias e, desta forma, possibilitar a criação de narrativas que venham a produzir novas significações em suas vidas;
- Avaliar e acompanhar, psicologicamente, pacientes com câncer de mama após seu diagnóstico e durante as diversas etapas de seu tratamento oncológico, individual ou em grupo;

- Aplicar conhecimentos teóricos na prática institucional;
- Aprimorar habilidades para realização do trabalho em equipe;
- Desenvolver as atividades da área buscando a melhoria da qualidade do atendimento integral ao paciente oncológico;
- Participar de atividades multidisciplinares;
- Prestar assistência psicológica aos pacientes do ambulatório;
- Prestar assistência psicológica aos pacientes internados;
- Prestar assistência psicológica individual ou em grupo aos pacientes e/ou familiares;
- Prestar assistência psicológica ao paciente oncológico a partir de uma abordagem multidisciplinar.

Atividades Essenciais

- Acolhimento aos pacientes e/ou familiares na primeira consulta ambulatório;
 - Atendimento psicológico individual ambulatório;
 - Atendimento psicológico em grupo;
- 0: ausência de dor;
10: máximo grau de dor;
- Atendimento psicológico aos pacientes e/ou familiares na clínica cirúrgica no pré e pós-operatório;
 - Discussão de casos em equipe Inter e multiprofissional;
 - Participação nas reuniões multiprofissional.

Conclusão

O Serviço de Psicologia Hospitalar atua nas diferentes clínicas e unidades, representando uma interface entre a psicologia e a oncologia. O psicólogo hospitalar é o profissional que auxilia a compreensão dos aspectos emocionais e o ajustamento do paciente às condições de diagnóstico, hospitalização, cirurgia, quimioterapia, radioterapia.

O trabalho pode ser tanto de apoio quanto de aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal. Ele tem facilitado a comunicação do diagnóstico para melhor cooperação com os tratamentos e o alívio de possíveis efeitos secundários, além da obtenção de uma melhor qualidade de vida, inclusive para o paciente em cuidados paliativos.

O funcionamento do Serviço na Mastologia é caracterizado pelo contato contínuo com os setores do hospital, pela presença constante nas unidades e serviços e pela participação nas atividades diárias, assumindo caráter preventista, diagnóstico e terapêutico.

A Psicologia Hospitalar atua também no serviço de reabilitação, auxiliando o paciente a lidar com sua nova realidade e adequação de expectativas, ponderando o impacto da doença no humor e na afetividade daqueles que o cercam.

Os distúrbios cognitivos e comportamentais, que podem decorrer do comprometimento das funções cerebrais, são considerados e reabilitados. Familiares e cuidadores envolvidos no processo de reabilitação também podem receber acolhimento da Psicologia.

6.5- Terapia Ocupacional

O terapeuta ocupacional é o profissional responsável por recuperar e/ou manter a função (autonomia e independência nas atividades cotidianas) do paciente. O diagnóstico e tratamento do câncer de mama têm uma abordagem invasiva, que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres acometidas por tal doença com as reações advindas da quimioterapia/ radioterapia; e no pós-operatório com a diminuição da mobilidade funcional do membro superior do lado operado.

Devido à interrupção do cotidiano, a Terapia Ocupacional - através das atividades e recursos terapêuticos - atua na reorganização do desempenho ocupacional nas diferentes esferas da vida (atividades de vida diária e de vida prática, trabalho e lazer), objetivando uma melhora na condição da saúde mental, física e ocupacional dessas pacientes. Dessa forma, as intervenções terapêuticas ocupacionais vão desde as ações mais simples do cotidiano às orientações das atividades mais complexas.

Etapas da Intervenção

A intervenção terapêutica ocupacional inicia-se no leito pré-operatório, continua durante todo o tratamento e se estende até os cuidados paliativos.

Objetivos

- Realizar treino funcional das atividades básicas de vida diária no pós-operatório imediato das pacientes submetidas à mastectomia com abordagem axilar, nas primeiras mobilidades funcionais que farão com o braço do lado operado (sentar-se, escovar os dentes, banho, alimentação, pentear o cabelo, vestir/despir blusa aberta e fechada, etc);
- Promover o retorno gradual das pacientes às atividades domésticas para evitar o linfedema, através de orientação e treinamento das adaptações necessárias no desempenho das tarefas (lavar louça, cozinhar, lavar roupa, pendurar a roupa no varal, passar roupa, arrumar a roupa, arrumar armários e gavetas, cuidado e atenção aos filhos, dirigir, dormir e cuidar do jardim, dentre outras);

- Avaliar e graduar, durante o processo de intervenção, atividades que exigem maior esforço físico como varrer/ limpar a casa, trabalhos manuais, bem como as que são realizadas nos postos de trabalho e no lazer;
- Considerar as reais necessidades da paciente, histórico ocupacional, relação que estabelece a partir de suas próprias atividades para promover a (re)inserção social;
- Contribuir para a “reconstrução” da autoimagem e da autoestima no desempenho dos papéis ocupacionais.

6.6- Nutrição

Objetivos

- Viabilizar a recuperação do estado nutricional do paciente;
- Minimizar os efeitos adversos – náuseas, vômitos, hiporexia, disfagia, dispepsia, mucosite, estomatite, odinofagia, esofagite, disgeusia, xerostomia e diarreia – advindos do tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou cirúrgico, por meio da orientação dietética;
- Resgatar a auto-estima, melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional do paciente, através da melhora do estado nutricional;
- Tratar os déficits nutricionais, bem como o sobrepeso e a obesidade.

Público-alvo

Pacientes com câncer de mama no pré e pós-operatório.

Atendimento Ambulatorial

A avaliação nutricional é feita por meio da análise dos parâmetros antropométricos, dietéticos, clínicos e bioquímicos. A partir dos quais é definido o diagnóstico nutricional bem como a proposta dietoterápica individualizada. O acompanhamento será realizado através de consultas, cuja periodicidade será determinada pela nutricionista, de acordo com a evolução do paciente.

ITENS DE CONTROLE

1- Número absoluto total de pacientes que percorreram o fluxo indicado pela equipe multidisciplinar / Número absoluto de pacientes atendidos no ambulatório da mastologia. Meta 100%.

Para que você não tenha o LINFEDEMA é importante que siga as orientações acima.

ANEXO I

Orientações de cuidados com o braço do lado operado

- Evitar ferir o braço (arranhões, queimaduras, cortes);
- Usar luvas para realizar trabalhos domésticos, com o objetivo de evitar machucados;
- Não medir pressão nem tomar injeção e tirar sangue neste braço;
- Evitar raspar a axila, utilize somente barbeador elétrico, não use cera quente ou fria.

Usar a tesoura para cortar o pêlo rente à pele;

- Não utilizar desodorantes com antitranspirante;
- Não tirar cutícula, cortar as unhas cuidadosamente;
- Não fazer grandes esforços, não pegar peso e nem realizar movimentos repetitivos;
- Evitar / tratar micoses nas unhas e braços. Mostrar para o seu médico;
- Manter a pele hidratada, não usar produtos que causam alergias e evitar contato com produtos que possam causar irritações na pele;
- Ter cuidado com mordidas de bichos e picadas de insetos. Caso isto aconteça, lavar o local com água e sabão neutro e observar. Usar repelente;
- Evitar tomar muito sol. Preferir os horários de 7h às 10h ou após às 16h e sempre usar protetor solar;
- Não usar banheiras quentes e saunas;
- Evitar carregar a bolsa tiracolo sempre do mesmo lado;
- Evitar apertar o braço do lado operado, dificultando a circulação (blusas com elásticos, anéis, pulseiras, relógios);
- Caso você faça uso da braçadeira elástica, procure colocá-la durante todo o dia. Você pode retirá-la para dormir;
- Não dormir em cima do braço que está inchado;
- Fazer automassagem (a massagem que você aprendeu a fazer sozinha) todos os dias;
- Preste atenção no seu peso, pois pessoas obesas têm maiores riscos de desenvolver o LINFEDEMA, que é o inchaço do braço;
- Praticar as atividades físicas com orientação do fisioterapeuta;
- Sempre que notar qualquer inchaço, coceira ou vermelhidão nos braços, procurar seu médico.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, R. A . Impacto da mastectomia na vida da mulher. Revista SBPH. Dezembro 2006 v.9 n 2. Disponível em: <http://pepsic.bvs-si.org>. Acesso em: 31/08/2012.
2. American College of Radiology: Breast imaging reporting and data system (BI-RADS), 4th ed. Reston, VA, American College of Radiology, 2003.
3. Axillary Dissection vs No Axillary Dissection in Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis A Randomized Clinical Trial JAMA. 2011;305(6):569-575.
4. Bergamasco, R.B,Angelo.M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia. 2001 n 47 (3). Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 31/08/2012.
5. Camargo MC, Marx AG: Reabilitação Física no Câncer de Mama – Roca; 2000;
6. Cancer Screening in the United States, 2010 A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening CA CANCER J CLIN 2010;60:99–119.
7. De Carlo, M. M. R. P. et al. Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares, Editora Roca, 2004.
8. Documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama – INCA Abril 2004
9. Emdin S.O., Granstrand B., Ringberg A., et al: SweDCIS: radiotherapy after sector resection for ductal carcinoma in situ of the breast. Results of a randomised trial in a population offered mammographic screening. Acta Oncol 2006; 45:536-543.
10. Fisher B., Bauer M., Margolese R., et al: Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without radiation therapy in the treatment of breast cancer. N Eng J Med 1985; 312:665-673.
11. Fisher B., Costantino J., Redmond C., et al: Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. N Engl J Med 1993; 328:1581-1586.
12. Fisher E., Lemming R., Andersen S., et al: Conservative management of intraductal carcinoma (DCIS) of the breast. J Surg Oncol 1991; 47:139-147.
13. Fisher E., Sass R., Fisher B., et al: Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol 6) i. Intraductal carcinoma (DCIS). Cancer 1986; 57:197-208.
14. Greene F., Page D., Fleming I., et al: AJCC cancer staging manual, 6th ed. New York, Springer, 2002.
15. II Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Oncologia / A visão interdisciplinar do paciente oncológico – Goiânia; 2011.

16. Journal of The American College of Surgeons Vol. 209, No. 4, October 2009 Silverstein et al Image-Detected Breast Cancer.
17. Julien J., Bijker N., Fentiman I., et al: Radiotherapy in breast conserving treatment for ductal carcinoma in situ: first results of EORTC randomized phase III trial 10853. Lancet 2000; 355:528-533.
18. Loco regional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases.
19. Manual de Condutas do INCA.
20. Marx, AG. Estudo sobre a intervenção fisioterapêutica precoce e tardia na morbidade de membro superior pós-tratamento de câncer de mama – São Paulo- Faculdade de Medicina- Universidade de São Paulo; 2006.
21. Optimal Surgical Treatment of Breast Cancer Umberto Veronesi, Stefano Zurrada The Oncologist 1996;1:340-346.
22. Pengo, M. M. S. B. Assistência à Mulher com Câncer – A Experiência do Hospital Amaral Carvalho em Jaú – SP. In: OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional – Práticas em Oncologia, São Paulo: Roca, 2010.
23. Recht A.: Randomized trial overview. In: Silverstein M.J., Recht A., Lagios M., ed. Ductal carcinoma in situ of the breast, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:233-240.
24. Silva. L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicologia em estudo. Junho 2008. vol.13. N 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 31/08/2012.
25. Steinberg et al Can J Surg 1996; 39:302-311.
26. Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011 Annals of Oncology 22: 1736–1747, 2011.
27. Surgical guidelines for the management of breast cancer Association of Breast Surgery at BASO 2009.
28. The American College of Surgeons Oncology Group Z0011 Randomized Trial Ann Surg 2010;252: 426–433.
29. UK Coordinating Committee on Cancer Research (UKCCCR) Ductal Carcinoma in Situ (DCIS) Working Party: Radiotherapy and tamoxifen in women with completely excised ductal carcinoma in situ of the breast in the UK, Australia, and New Zealand: Randomised controlled trial. Lancet 2003; 362:95-102.
30. Viani G.A., Stefano E.J., Afonso S.L., et al: Breast-conserving surgery with or without radiotherapy in women with ductal carcinoma in situ: A meta-analysis of randomized trials. Radiat Oncol 2007; 2:28-39.



3.2.9 Protocolo Clínico para Avaliação e Regulação ao Paciente com Câncer de Colo Útero do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro

RESPONSÁVEL

VERSÃO, 2019

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Cervix Uteri Cancer

O Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, seu órgão técnico e coordenador das ações nacionais de prevenção e controle do câncer, e em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, está buscando que o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero se consolide como uma rotina no Sistema Único de Saúde - SUS.

No Brasil, o câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres, com variações entre diferentes regiões do Brasil. Ele representa uma das neoplasias malignas mais atendidas no INCA. A infecção por HPV (papiloma vírus), alta paridade, multiplicidade de parceiros sexuais e promiscuidade sexual, baixo nível sócio- econômico, iniciação sexual precoce e tabagismo explicam o aumento do número de pacientes cada vez mais jovens.

O câncer do colo do útero origina-se tanto do epitélio escamoso da ectocérvice como do epitélio escamoso colunar do canal cervical. O carcinoma epidermóide representa 90% dos casos, e o adenocarcinoma, 10%. Outros tipos histopatológicos de menor frequência são o adenoescamoso, de células linfocitóides (**oat cells**), **sarcomas e linfomas**.

1. Exames de Avaliação

1.1 Diagnóstico

Exame ginecológico.

Citopatologia - O diagnóstico precoce pode ser feito em 90% dos casos pelo exame de Papanicolau.

Colposcopia e biópsia - Devem ser realizadas sempre em caso de citopatologias anormais de alto risco:

Lesões exofíticas: Biópsia incisional com pinça de saca-bocado ou de Baliu, ou biópsia excisional com alça (CAF - Cirurgia de Alta Frequência).

Lesões endofíticas: Biópsia de canal cervical com cureta.

Exame histopatológico do material biopsiado.

1.2 Extensão do doença (estadiamento clínico)

1.2.1 Exames Básicos (em todos os estádios)

Exame físico geral, em todos os estágios tumorais.

Exame ginecológico (especular e toque vaginal), em todos os estágios tumorais.

Toque retal.

Fosfatase alcalina (FA), AST (TGO) e ALT (TGP) séricas.

Hemograma completo (inclui contagem diferencial e plaquetometria).

Creatinina sérica.

Glicemia, se a doente tiver mais de 40 anos ou história pessoal e familiar de diabetes.

ECG, se a doente tiver mais de 40 anos,

história pessoal ou sintoma ou sinal de hipertensão arterial ou cardiopatia.

Risco cirúrgico, se a doente tiver mais de

60 anos, história pessoal ou sintoma ou sinal de hipertensão arterial ou cardiopatia.

Teste anti-HIV.

Marcadores virais de hepatite B e C.

RX de tórax.

US abdômino-pélvica.

1.2.2 Estádios 1 e 11A

TC pélvica e abdominal (em casos individualizados).

Urografia excretora (em casos individualizados).

Ressonância magnética (em casos individualizados).

1.2.3 Estádios 11B, 111 e 1V

Uretrocistoscopia (com ou sem biópsia).

Retossigmoidoscopia (com ou sem biópsia).

TC pélvica e abdominal (opcional para casos selecionados, visando à exclusão de acometimento linfonodal).

1.3 Contra-indicações de tratamento cirúrgico

Idade > 65 anos.

Doenças que contra-indiquem cirurgia de porte grande.

Doenças mentais ou neuro-psiquiátricas.

Obesidade.

Pelve andróide.

1.4 Restrições poro o RT

Obesidade.

Massa pélvica anexial associada.

Hemoglobina < 10g/dl.

Colagenose.

2. Tratamento por Estádios

(5ª Edição - UICC, 1997; Ministério da Saúde, 1998.)

2.1 Estádio 1 A1 (invasão do estroma, < 3mm de profundidade e até 7 mm de extensão)

Conização - Em caso de pacientes jovens sem prole definida,

OU

Histectomia abdominal (tipo I de Rutledge & Piver) ou vaginal, à escolha do cirurgião. A ooforectomia é opcional, na dependência da idade da mulher.

OU

Braquiterapia (Esquema 1 – Ver adiante) – Em caso de contra-indicação absoluta de tratamento cirúrgico de mulheres com câncer *in situ* multifocal sincrônico endocervical e vaginal. Nota: Repetir, pois, em se tratando de braquiterapia exclusiva, a dose requerida é de 7.000 a 8.000 cGy.

2.2 Estádio 1 A2 (invasão do estroma, > 3mm e até 5mm de profundidade e até 7mm de extensão)

Histectomia abdominal (tipo I de Rutledge & Piver) + biópsia intra-operatória seletiva de linfonodos pélvicos, se não há invasão do espaço linfovascular,

OU

H istectomia radical modificada (tipo II de Rutledge & Piver) + biópsia intra-operatória seletiva de linfonodos pélvicos, se há invasão do espaço linfovascular, RT externa pós-operatória (Esquema 2 - Ver adiante), em casos de linfonodos acometidos, margens cirúrgicas < 3mm, invasão cervical profunda ou êmbolos vasculares ou linfáticos,

OU

RT exclusiva (Esquema 3 - Ver adiante), em casos das pacientes não eleitas para cirurgia.

2.3 Estádios 1B e 11A

O tamanho do tumor é fator relevante na escolha do primeiro tratamento. O resultado do tratamento cirúrgico é idêntico ao da RT exclusiva (Esquema 3), ressaltadas as possíveis complicações, sequelas e seguimento.

2.3.1 Lesão < 4cm - 1B1

Histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) + linfadenectomia pélvica **MAIS** RT externa pós-operatória sobre a região pélvica (Esquema 2), na dependência dos achados histopatológicos da peça operatória já descritos,

OU

RT exclusiva (Esquema 3).

Indicação da RT externa pós-operatória

Inquestionável - margens cirúrgicas positivas e achados de metástases ovarianas.

Provável - metástases para linfonodos pélvicos e invasão do tecido paracervical e êmbolos vasculares e linfáticos.

Questionável - tamanho, grau de diferenciação, tipo histopatológico e invasão em profundidade tumorais.

2.3.2 Lesão endocervicol tipo barril

RT pré-operatória sobre a região pélvica (Esquema 2) **MAIS** histerectomia (tipo I de Rutledge & Piver), 4 a 6 semanas após a RT,

OU

RT exclusiva (Esquema 3).

2.3.3 Lesão > 4cm - 1B 2

RT exclusiva (Esquema 3) OU

Histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) e linfadenectomia pélvica **MAIS** radioterapia externa (Esquema 2), na dependência do resultado do exame histopatológico (linfonodos acometidos ou doença residual na cúpula vaginal).

2.3.4 Estádios 11 B, 111 A, 111 B e 1V A

RT exclusiva (Esquema 3).

Nota: O INCA ainda está analisando a validade da incorporação da associação da RT com QT, como rotina terapêutica dos estádios II B a IV A, tendo como contra-indicações para a QT: PS 3; insuficiência renal e doenças graves associadas não compensadas; e, como restrição, a existência de segundo tumor primário não controlado.

Tratamento cirúrgico paliativo para estágio IV A (derivações intestinais ou urinárias), dependendo de indicações individualizadas.

2.3.5 Estádio IV B

São controversos os tratamentos do câncer avançado do colo uterino, sendo a QT, RT e cirurgias paliativas indicadas de acordo com cada caso.

2.3.6. Recidivas

A conduta depende do(s) tratamento(s) prévio(s): N os casos de recidiva central (cúpula vaginal) sem invasão da bexiga ou do reto, faz-se exenteração pélvica, se não houver edema de membros inferiores ou linfonodos para-aórticos acometidos.

Já nos casos de recidiva pélvica ou linfonodal, após tratamento cirúrgico radical, indica-se a RT externa (Esquema 4); e RT externa + braquiterapia (Esquema 3), se recidiva em cúpula vaginal. Dependendo do volume tumoral e da baixa probabilidade de benefício da dose radical, será considerada a radioterapia paliativa (Esquema 5).

Nota: Cirurgia de resgate pode ser procedida nos casos de resposta parcial ou recidiva após RT.

2.4. Esquemas de Radioterapia

ESQUEMA 1 - Braquiterapia exclusiva de Baixa Taxa de Dose: 4.000cGy no ponto A

OU

Braquiterapia de Alta Taxa de Dose: 700cGy/ inserção/ semana durante 04 semanas.

ESQUEMA 2 - Radioterapia externa pré ou pós-operatória: 5.000cGy em 25 frações.

ESQUEMA 3 - Radioterapia exclusiva: Radioterapia externa sobre a região pélvica conforme o Esquema 2, seguida de braquiterapia conforme o Esquema 1.

ESQUEMA 4 – Radioterapia externa com dose de reforço: 5.000cGy em 25 frações + 1.000cGy em 05 frações como dose de reforço na área de resíduo tumoral.

ESQUEMA 5 – Radioterapia externa com finalidade paliativa: 3.000cGy em 10 frações sobre a região pélvica ou locais de lesões metastáticas sintomáticas.

2.5 Situações Especiais no Tratamento do Câncer do Colo do Útero

2.5.1 Gestação

O tratamento do câncer cervical na gestação é dependente, principalmente, do desejo da mulher ou do casal e de intensas discussões éticas, em juntas médicas e Comitê de Ética.

Estádio I A

Tratar o câncer conforme o descrito nos sub-itens 3.1 e 3.2, após o término ou interrupção da gravidez, dependendo da decisão da mulher ou do casal.

Estádio I B

Até a 12^a semana de gestação Histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) com o feto intra-útero + linfadenectomia pélvica bilateral.

Após a 12^a semana de gestação Cesariana e, posteriormente, histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) + linfadenectomia pélvica bilateral.

Estádios II, III e IV A

RT exclusiva (Esquema 3), conforme a idade gestacional e a viabilidade fetal:

Gestação até 24 semanas decisão, pela mulher ou pelo casal, de interrupção ou continuidade da gestação até a viabilidade fetal.

Gestação com feto viável

Cesariana antes da RT.

Estádio IV B

Tratamento paliativo, com condutas individualizadas, tanto do ponto de vista do câncer, como da gestação.

Nota: Todos os procedimentos devem ser rigorosamente esclarecidos à mulher, ao casal ou ao responsável pela doente, devendo ser submetidos à sua anuência formal. Todos os aspectos legais devem ser considerados.

2.5.2 Carcinoma invasor em estágio até 11 A achado em peça de histerectomia simples

RT pós-operatória (Esquema 2)

OU

Em pacientes jovens e com doença residual, procede-se à parametrectomia + linfadenectomia pélvica + colpectomia do terço superior e, dependendo do resultado do exame patológico das peças cirúrgicas, RT pós-operatória (Esquema 2).

2.5.3. Carcinoma do colo após histerectomia subtotal

Em pacientes com câncer diagnosticado no colo remanescente, o tratamento pós-histerectomia subtotal é feito conforme já descrito para os respectivos estágios tumorais.

Nota: Em caso dos esquemas de RT 1 e 3, a braquiterapia só é procedida se tecnicamente viável, por conta do volume do coto do colo uterino.

3. Exames de Acompanhamento

3.1 Exames durante o tratamento:

São solicitados conforme indicações individualizadas.

3.2 Exames de seguimento:

Exame físico geral.

Exame ginecológico, inclusive especular, com coleta de material para exame citopatológico.

Toques retal e vaginal.

Exames laboratoriais e de imagens (RX de tórax, US abdômino-pélvica, TC abdominal e pélvica, de acordo com a indicação clínica).

Tempo de seguimento:

Varia de acordo com o tratamento efetuado:

Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal dos tipos I e II - revisão de 6 em 6 meses, durante 2 anos, seguindo-se de controle anual, até completar 5 anos, quando é dada alta.

Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal do tipo III, com ou sem RT complementar - revisão a cada 6 meses, durante 2 anos, e, depois, anual até 5 anos, quando é dada alta.

Pacientes submetidas à RT - revisão em 3 meses, seguindo-se de controle a cada 6 meses, durante 2 anos. Posteriormente, revisão anual até completar 5 anos.

3.3 Mecanismos de Informação aos Usuários

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988, mostrou a necessidade de se repensar sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública e de buscar melhoria da qualidade, com a intenção de atender todas as expectativas daqueles que utilizam os serviços, buscando efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade (MOREIRA, 2007).

O Brasil enfrenta uma série de problemas no setor da saúde pública, trazendo resultados ineficientes nos serviços prestados à população que a utiliza. Isso leva a um aumento de custos sociais, o que se torna necessário um monitoramento desses serviços para que o sistema de saúde brasileiro evolua (GONÇALVES *et. al.*, 2011).

O monitoramento e a avaliação estão intrinsecamente envolvidos com a percepção e subjetividade do usuário, onde uma nova visão, que observa todos os detalhes e é mais criterioso, voltado para satisfação, podem nos mostrar falhas e pontos cegos. Isso enfatiza a necessidade de se utilizar a própria opinião do paciente para compreender sua satisfação, considerando valores, crenças e visão de mundo distintos (BENAZZI *et. al.*, 2010).

É notório que nos últimos anos, o sistema de saúde do Brasil sofreu transformações, as quais trouxeram benefícios para o reordenamento das instituições prestadoras de serviços de saúde, um exemplo disso, é o acolhimento às reclamações dos usuários sobre o atendimento realizado.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe a discussão com a equipe gestora da unidade, para a implementação de mecanismos de informação aos usuários, familiares e acompanhantes acerca do processo terapêutico em curso, bem como a implantação do Consentimento Informado, a partir da realidade local. Ainda, haverá estabelecimento de horários e frequência de informações para cada uma das unidades de internação, bem como, a definição e divulgação de um canal de comunicação com a comunidade.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). Este, aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania no intuito de possibilitar a participação dos usuários, internos e externos, na gestão, proporcionar acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão, ainda, influencia no atendimento aos usuários com qualidade (ALVES *et. al.*, 1999).

O registro da satisfação ou insatisfação dos usuários de um serviço de saúde é um indicador importante, que revela os aspectos que devem ser melhorados, e além de tudo influencia no aprimoramento institucional e profissional (BENAZZI *et. al.*, 2010). As indagações, reclamações, sugestões e desejos dos usuários, são de extrema importância, pois o cliente conhece suas próprias necessidades. As instituições devem tratar as informações como um termômetro qualitativo e de satisfação, o que mostra como é essencial que a voz do consumidor seja ouvida e decifrada (CRUZ *et. al.*, 2005).

3.3.1 Proposta para Serviço de Atendimento ao Usuário/SAU

A criação do Serviço de Atendimento ao Usuário, além de ser de fundamental importância para que o hospital encontre e corrija erros, cumprirá com a ampliação de Mecanismos de Informação aos Usuários.

O SAU atuará como um instrumento para dar voz aos usuários, que fortalecerá sua participação nos processos de planejamento. Esse serviço proporcionará aos usuários o direito de expressar sua percepção sobre o atendimento a ele dirigido, exercendo, desta forma, sua cidadania.

Ainda, no que se refere à **Política Nacional de Humanização**, no eixo da gestão do trabalho e da atenção, incentiva o protagonismo dos sujeitos e a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação e autodesenvolvimento, por meio da participação dos mesmos.

✓ Atender adequadamente as reivindicações dos usuários, humanizando a relação usuário/Serviço e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas.

Objetivos:

- ✓ Dinamizar e qualificar o atendimento ao usuário;
- ✓ Conscientizar o usuário de que ele é parte de uma sociedade com direitos;
- ✓ Incentivar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão;
- ✓ Otimizar e direcionar os serviços oferecidos;
- ✓ Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas;
- ✓ Desenvolver possíveis soluções para as reclamações;

✓ Desenvolver ações de caráter preventivo.

O Serviço de Atendimento ao Usuário terá como atividade principal ouvir sugestões e reclamações, além de esclarecer dúvidas e orientar os usuários para, depois, encaminhar as demandas para os âmbitos específicos com o intuito de melhorar ainda mais o atendimento, tornando-o mais ágil e humanizado.

O SAU será subdividido em quatro serviços: **Pesquisa de Satisfação dos Usuários**, **Pesquisa de Clima Organizacional**, **Ouvidoria** e **Busca Ativa de Demandas**, que embora possuam aspectos diferenciados, têm a mesma finalidade que é monitorar e avaliar a qualidade do atendimento e o clima organizacional, de maneira rápida e contínua, na busca pela melhoria dos serviços prestados, além de ouvir a opinião dos clientes que utilizam os serviços assistenciais disponíveis no Serviço.

Este trabalho contribuirá para o cumprimento da Missão institucional e garantirá atendimento mais humanizado.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988, mostrou a necessidade de se repensar sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública e de buscar melhoria da qualidade, com a intenção de atender todas as expectativas daqueles que utilizam os serviços, buscando efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade.

O Brasil enfrenta uma série de problemas no setor da saúde pública, trazendo resultados ineficientes nos serviços prestados à população que a utiliza. Isso leva a um aumento de custos sociais, o que se torna necessário um monitoramento desses serviços para que o sistema de saúde brasileiro evolua.

O monitoramento e a avaliação estão intrinsecamente envolvidos com a percepção e subjetividade do usuário, onde uma nova visão, que observa todos os detalhes e é mais criterioso, voltado para satisfação, podem nos mostrar falhas e pontos cegos. Isso enfatiza a necessidade de se utilizar a própria opinião do paciente para compreender sua satisfação, considerando valores, crenças e visão de mundos distintos.

É notório que nos últimos anos, o sistema de saúde do Brasil sofreu transformações, as quais trouxeram benefícios para o reordenamento das instituições prestadoras de serviços de saúde, um exemplo disso, é o acolhimento às reclamações dos usuários sobre o atendimento realizado.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). Este aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania no intuito de possibilitar a participação dos usuários, internos e externos, na gestão, proporcionar acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão, ainda, influencia no atendimento aos usuários com qualidade (ALVES *et. al.*, 1999).

As indagações, reclamações, sugestões e desejos dos usuários, são de extrema importância, pois o cliente conhece suas próprias necessidades. As instituições devem tratar as informações como um termômetro qualitativo e de satisfação, o que mostra como é essencial que a voz do consumidor seja ouvida e decifrada (CRUZ *et. al.*, 2005).

A criação do Serviço de Atendimento ao Usuário, além de ser de fundamental importância para que o Hospital encontre e corrija erros, cumprirá com a ampliação de Mecanismos de Informação aos Usuários.

O SAU atuará como um instrumento para dar voz aos usuários, que fortalecerá sua participação nos processos de planejamento. Esse serviço proporcionará aos usuários o direito de expressar sua percepção sobre o atendimento a ele dirigido, exercendo, desta forma, sua cidadania.

O Serviço de Atendimento ao Usuário terá como atividade principal ouvir sugestões e reclamações, além de esclarecer dúvidas e orientar os usuários para, depois, encaminhar as demandas para os âmbitos específicos com o intuito de melhorar ainda mais o atendimento, tornando-o mais ágil e humanizado.

O Serviço de Atendimento ao Usuário será alicerçado em três eixos:

Pesquisa de Satisfação dos Usuários, Ouvidoria SUS, Ouvidoria e busca ativa de demanda, que embora possuam aspectos diferenciados, têm a mesma finalidade que é monitorar e avaliar a qualidade do atendimento, de maneira rápida e contínua, na busca pela melhoria dos serviços prestados, além de ouvir a opinião dos clientes que utilizam os serviços disponíveis.

Será diretamente vinculado à Diretoria Geral dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde e Corpo Diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** entende que a implantação da SAU contribuirá para o cumprimento da Missão institucional e garantirá atendimento mais humanizado. Além disso, entende que dissociar os projetos de qualidade total da opinião do usuário é uma utopia, pois o verdadeiro critério da qualidade é a preferência do próprio consumidor. É explícito que a assistência se baseia na satisfação das necessidades dos clientes.

Pesquisa de Satisfação dos Usuários: Constitui-se como importante instrumento de gestão, pois permite identificar e mensurar a satisfação dos usuários revela aspectos que devem ser melhorados e influencia no aprimoramento institucional e profissional.

Ouvidoria-Geral do SUS: Constitui-se em um espaço democrático para acolhimento, tratamento e encaminhamento de manifestações (queixas e elogios) aos gestores do SUS. Na saúde, elas se tornaram ferramentas estratégicas de promoção da cidadania e produção de informações gerenciais que subsidiam as tomadas de decisões.

Ouvidoria e Busca Ativa de demandas: constitui-se em um canal democrático, ativo e rápido para o acolhimento, tratamento e encaminhamento de manifestações (sugestões, críticas ou elogios) dos pacientes, familiares e visitantes. Visa a identificação e oferta de respostas frente às manifestações identificadas, proporcionando o estabelecimento de estratégias para alcance das metas e responsabilização de atores.

Justificativa

A criação do SAU vem ao encontro das necessidades administrativas e constituirá a materialização de uma demanda da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e dos Estabelecimentos Assistenciais a Saúde, com o intuito de garantir a participação do usuário no processo de gestão, potencializar o alcance dos resultados com foco na segurança, melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços, otimizar e reduzir custos, aumentar a produtividade, além de desenvolver projetos que considerem tanto o usuário quanto o trabalhador como agente participativo e ativo no processo de gestão.

Finalidade

O SAU tem por finalidade se constituir como ferramenta de gerência de qualidade por meio da informação, no intuito de potencializar o processo de melhoria contínua, alimentando do serviço de dados brutos, que transformados em informações úteis, permitem melhorar a qualidade percebida pelo usuário.

Objetivos

- Atender adequadamente as reivindicações dos usuários, humanizando a relação usuário/Serviço e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas;
- Dinamizar e qualificar o atendimento ao usuário;
- Conscientizar o usuário de que ele é parte de uma sociedade com direitos;
- Otimizar e direcionar os serviços oferecidos;
- Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas;
- Desenvolver possíveis soluções para as reclamações;
- Desenvolver ações de caráter preventivo.
- Para melhor compreensão, será apresentado, separadamente, a proposta para constituição de cada eixo que compõe o SAU.

3.3.1.1 Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário

Caracterização:

De acordo com Donabedian (1980) a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. No que se refere à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, acolhe sempre duas dimensões: o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos, e o relacionamento com o paciente. Segundo este autor, a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode dar-se em seus três componentes: estrutura, que compreende os recursos utilizados pelo serviço, processo, que inclui procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes e resultado, que abrange o estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde.

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (OLIVEIRA, 1992), sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo (DONABEDIAN, 1980).

Na qualidade de processo, refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos.

Faz-se importante ressaltar que, ainda dentro da avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social, esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (DONABEDIAN, 1980; FITZPATRICK; HOPKINS, 1983).

A Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário constitui parte do Programa de Humanização e Acolhimento e seus resultados servirão como eixos norteadores do serviço, além de direcionar ações futuras que a ser implantadas, com fins de Excelência e Qualidade em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Objetivos:

- Registrar a opinião do usuário e/ou seu responsável, em momentos distintos, são eles:
- Durante a hospitalização, após 24 horas de internamento;
- No momento da alta hospitalar;
- Estimar a satisfação dos usuários, por meio do cálculo de frequências das respostas obtidas;
- Pautar ações estratégicas, baseadas na análise das frequências apresentadas.

Composição: Psicólogos, enfermeiros e executores administrativos.

Descrição das atividades realizadas: Diariamente funcionários devidamente capacitados, aplicarão o instrumento que medirá a satisfação do cliente em relação à assistência recebida. No caso do ambulatório, o questionário será aplicado em horários alternados e após o atendimento médico, nas unidades de terapia intensiva, o questionário será disponibilizado aos familiares, sob orientação do Serviço de Psicologia, e nos casos de internação em enfermarias, na alta hospitalar.

Os questionários serão mensurados e seus resultados analisados visando elaborar medidas de ajuste; reproduzir e encaminhar elogios para ciência dos interessados. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e as relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas às unidades, para conhecimento e utilização, se for o caso.

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário tem como objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal, qualidade e higiene das instalações físicas e dos equipamentos.

Metodologia de Aplicação do Questionário:

No Ambulatório: Enquanto o usuário e familiar aguardam os procedimentos (consulta ou exame), é apresentado o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário, orientado quanto a importância e o direito de expressão. O questionário fica disponível na recepção juntamente com a urna para o depósito após o preenchimento.

Na Internação: Na alta hospitalar, o usuário e familiar recebem informações sobre o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário e são orientados quanto à importância e o direito de expressão em relação ao atendimento prestado.

Insumos e Estrutura necessários: formulários impressos; recursos humanos qualificados.

Método de avaliação dos indicadores de qualidade: a equipe do Serviço de Avaliação da Satisfação do Usuário realizará mensalmente a avaliação dos indicadores supracitados, em formulário próprio, o qual alimentará o banco de dados do serviço. Os resultados serão apresentados por meio de frequências, expostos em tabelas e/ou gráficos.

Sistemática das ações corretivas: mediante a apresentação do resultado da pesquisa de satisfação do usuário o responsável pela realização da Pesquisa de Satisfação do usuário estabelecerá sistemática para identificação de não conformidade relativa sistema de qualidade da unidade e investigação das causas, a fim de corrigir as não conformidades identificadas e evitar que ocorram novamente. Para isso, será: descrito em formulário a não conformidade; apresentado a resultado de investigação das causas; implementada a ação corretiva e avaliação dos resultados da implementação da ação corretiva.

Resultados Esperados: Através da Pesquisa de Satisfação dos usuários e nas diversas sugestões recebidas em nossas Caixas de Sugestões e através das entrevistas, conseguiremos identificar as “carências” e os tipos de problemas que levam os usuários a registrarem as queixas/reclamações. Isso possibilitará também o mapeamento das áreas onde ocorrem as maiores manifestações. Outro fato relevante será a participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais.

Instrumento para Avaliação de Satisfação na alta hospitalar dos Usuários

O inventário utilizado no ambulatório e pronto atendimento é composto pela Capa e quatro campos que podem ser identificados pelo título e conteúdo. A Capa representa a identidade e a apresentação do Formulário. Em “Informações” são registrados os dados demográficos e clínicos.

A “Avaliação Pronto Atendimento/ambulatório” contém quatro questões que avaliam o atendimento realizado na entrada do paciente no **CHRDJC** e sua permanência no Pronto Atendimento/Ambulatório. Ao final do Formulário tem-se o campo para registro informações sobre algum funcionário de destaque positivo, identificando-se o nome, e espaço para Críticas, Elogios e Sugestões. A “Avaliação Unidades de Internação” contém catorze questões que avaliam a satisfação do usuário em sua internação.

Em “Avaliação Pronto Atendimento/Ambulatório” e “Avaliação Unidades de Internação” as respostas estão dispostas em escala serial, com quatro níveis de satisfação: 1 “Quase o tempo todo”; 2 “Na maioria das vezes”; 3 “Somente parte das vezes” e 4 “Em nenhum momento”.

Nos resultados, cada resposta do inventário recebe escore se a resposta for 1 ou 2 (indicando satisfação), com exceção de uma questão, na qual o escore é invertido. Os formulários preenchidos são recolhidos, as respostas digitadas em banco de dados e analisadas. As questões não respondidas são registradas no banco de dados como “Não respondeu”.

O inventário utilizado na UTI também é composto pela Capa e quatro campos que podem ser identificados pelo título e conteúdo. A Capa representa a identidade e a apresentação do Formulário. Em “Informações” são registrados os dados demográficos e clínicos. A “Avaliação de Satisfação dos Familiares” contém catorze questões que avaliam a satisfação dos familiares em relação a internação do paciente na UTI. As respostas estão dispostas em escala serial, com quatro níveis de satisfação: 1 “Quase o tempo todo”; 2 “Na maioria das vezes”; 3 “Somente parte das vezes” e 4 “Em nenhum momento”.

Nos resultados, cada resposta do inventário recebe escore se a resposta for 1 ou 2 (indicando satisfação), com exceção de uma questão, na qual o escore é invertido. Os formulários preenchidos são recolhidos, as respostas digitadas em banco de dados e analisadas. As questões não respondidas são registradas no banco de dados como “Não respondeu”.

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES

INFORMAÇÕES

Data: ___/___/___

UTI: _____

Parentesco com o paciente

Marido/Esposa () | Filho () | Irmão ()

Outro: _____

Sexo: Masc () | Fem () | Idade: _____ anos

Escolaridade: 1º grau () | 2º grau incompleto ()
2º grau completo () | Superior () | Outros ()

Motivos da Internação

Clinico () | Cirúrgico ()

Tempo de Internação na UTI: _____ dias

QUESTÕES

01. Você sente que está sendo oferecido o melhor cuidado possível ao paciente?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

02. Você sente que os funcionários do hospital se importam com os pacientes?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

03. As explicações dadas a você sobre a condição clínica do paciente são em termos que você consegue entender?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

04. Você sente que as informações dadas sobre o estado do paciente foram honestas?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

05. Você entende o que está acontecendo com o paciente e por que as coisas estão sendo feitas?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

06. As pessoas que trabalham na UTI tem sido amáveis com você?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

07. Alguém da UTI demonstrou interesse em saber como você está se sentindo?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

08. Você acredita que alguém da UTI iria te ligar em casa, se houvesse qualquer mudança importante na condição clínica do paciente?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

09. Os funcionários do hospital explicaram como os equipamentos estão sendo utilizados?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento



AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES

10. Eu estou muito satisfeito com o cuidado médico que o paciente está recebendo.

- Quase o tempo todo
- Na maioria das vezes
- Somente parte das vezes
- Em nenhum momento

11. Existem coisas sobre o cuidado médico que o paciente recebe que poderiam melhorar?

- Quase o tempo todo
- Na maioria das vezes
- Somente parte das vezes
- Em nenhum momento

12. Você se sente confortável visitando o paciente na Unidade de Cuidados Intensivos?

- Quase o tempo todo
- Na maioria das vezes
- Somente parte das vezes
- Em nenhum momento

13. A sala de espera é confortável?

- Quase o tempo todo
- Na maioria das vezes
- Somente parte das vezes
- Em nenhum momento

14. Você se sente sozinho e isolado na sala de espera?

- Quase o tempo todo
- Na maioria das vezes
- Somente parte das vezes
- Em nenhum momento

Algum funcionário da UTI lhe surpreendeu positivamente?

Sim () | Não ()

Quem?

Deixe seus elogios, críticas ou sugestões:



**Ajude-nos a fazer um
HOSPITAL melhor
para todos!**

**Por favor, leia e
responda estas
perguntas e
coloque nas urnas
da recepção da UTI**

*Muito obrigado por sua
colaboração!*

AVALIAÇÃO PRONTO ATENDIMENTO/AMBULATÓRIO

01. Você está satisfeito com a maneira como o(a) recepcionista no balcão do Pronto Atendimento/ Ambulatório conversa com você?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

02. As explicações sobre a condição clínica dadas a você são em termos que você consegue entender?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

03. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) que te examinaram, tocaram, coletaram sangue, ou realizaram algum procedimento foram delicados com você?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

04. Você está satisfeito com o tempo de atendimento, desde sua chegada ao Hospital até a finalização do atendimento?

- () Quase o tempo todo
() Na maioria das vezes
() Somente parte das vezes
() Em nenhum momento

Algum funcionário do hospital lhe surpreendeu positivamente?

- () Sim | Não()

Quem? _____

Deixe seus elogios, críticas e sugestões:

*Muito obrigado por sua
colaboração!*



INFORMAÇÕES

Sexo () Fem | () Masc
Idade _____ anos

Escolaridade

- 1º grau ()
2º grau incompleto ()
2º grau completo ()
Superior ()
Outros ()

Possui parentesco com o(a) paciente?

- Marido/Esposa () | Filho ()
Irmão(ã) () | Outro: _____

Setor: Emergência () | Ambulatório ()

Motivo da Internação: Clínico () | Cirúrgico ()

Tempo de internação hospitalar: _____ dias

Quem prestou essas informações:

- () O paciente
() O acompanhante ou responsável
() Ambos

AVALIAÇÃO UNIDADES DE INTERNAÇÃO

01. Você está satisfeito com a presença de médicos(as) e enfermeiros(as) para esclarecer dúvidas sobre sua saúde?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

02. Os profissionais do hospital têm sido atenciosos com você nos momentos de angústia e preocupação?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

03. Você está satisfeito com as orientações que tem recebido sobre como se cuidar quando receber alta e for para casa (orientações sobre higiene, alimentação, curativos, etc.)

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

04. Há profissionais de enfermagem e/ou médicos(as) para te ajudar nos momentos em que está com dor ou precisa de alguma ajuda?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

05. Você está satisfeito com a qualidade e a disponibilidade de equipamentos, medicamentos e outros itens utilizados nos seus exames e tratamentos?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

06. Você está satisfeito com o tratamento que tem recebido para melhorar sua saúde (considere os procedimentos, cirurgias e medicação)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

07. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) te tocam, examinam e movimentam com cuidado e delicadeza?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

08. Você está satisfeito com qualidade da alimentação servida (considere a dieta oferecida, a temperatura, aparência, aroma e o sabor)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

09. Você se sente confortável com os horários estabelecidos (considere os dias e horários para alimentação, banho, troca de roupa, limpeza do quarto, exames e procedimentos)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

10. Você avalia que o quarto está limpo (considere o quarto, o chão, as roupas, o lençol, o banheiro, a retirada de embalagens, copos e sobras de comida)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

11. Você se sente confortável com a qualidade do leito (considere a cama, o colchão, o travesseiro, o lençol e o cobertor)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

12. Você se sente confortável com a temperatura e a ventilação do quarto (considere se o quarto é muito frio ou muito quente)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

13. Você se sente respeitado em sua privacidade (avaliar se você fica exposto (a) a desconhecidos(as) que entram no quarto ou passam pelo corredor)?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

14. Há barulhos vindo de dentro ou de fora do quarto que podem atrapalhar o seu repouso?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento



3.3.1.2 Pesquisa de Clima Organizacional

Caracterização:

A satisfação das necessidades do cliente deve ser um dos objetivos centrais das organizações na atualidade, razão pela qual muitos estudos têm sido desenvolvidos nessa área. Nesse processo, as atenções para os membros que trabalham e prestam serviços são direcionadas com o propósito de concretizar sua missão e atingir os resultados desejados. (MARCHETTI; PRADO, 2001).

Dessa maneira, o clima organizacional tem se mostrado útil para contextualizar esse domínio, pois viabiliza a compreensão de como as experiências de membros de um grupo são compartilhadas e como essas experiências influenciam as percepções, as cognições, os comportamentos e o desempenho do grupo é um tema importante a ser estudado (LINDELL; BRANDT, 2000).

Um dos desafios na gestão de pessoas é manter um ambiente de trabalho prazeroso, que permita o crescimento organizacional e o desenvolvimento do potencial intelectual das pessoas. Uma adequada gestão de clima organizacional é capaz de produzir alterações que influenciam a satisfação do cliente. Portanto, o gerenciamento das mudanças, ou seja, a forma como o gestor irá lidar com a mudança, é uma questão que precisa ser valorizada. Assim, pode-se tentar amenizar resistências que podem vir a ocorrer com os colaboradores (SANTOS et al., 2013).

A Pesquisa de Clima Organizacional também constitui parte do Programa de Humanização e Acolhimento e seus resultados servirão como eixos norteadores do serviço, além de direcionar ações futuras que a ser implantadas, com fins de Excelência e Qualidade em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Objetivos:

- Incentivar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão;
- Realizar diagnóstico do clima organizacional;
- Pautar ações estratégicas, baseadas no diagnóstico realizado.

Composição: Psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e executores administrativos.

Descrição e Metodologia de Aplicação do Questionário: O Questionário de Pesquisa do Clima Organizacional será disponibilizado na instituição e poderá ser acessado a qualquer momento, por todos os colaboradores, de maneira anônima e confidencial. O questionário constará de perguntas objetivas sobre a satisfação dos colaboradores no trabalho. Os dados serão processados eletronicamente e os resultados encaminhados à diretoria da unidade.

3.3.1.3 Ouvidoria SUS

Caracterização:

As Ouvidorias se configuram como canais democráticos que permitem disseminar informações e ouvir manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas aos seus pleitos. Na saúde, elas se tornaram ferramentas estratégicas de promoção da cidadania e produção de informações gerenciais que subsidiam as tomadas de decisões. A implantação do serviço de ouvidoria nos Estabelecimentos Assistenciais a Saúde, visa o desenvolvimento do controle social e a busca por uma gestão participativa na instituição. Para a implantação do Serviço de Ouvidoria os procedimentos adotados serão: A mobilização dos gestores e profissionais; a redefinição do organograma instituição com inclusão do Serviço de Ouvidoria ligado diretamente ao gestor; a estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxos de trabalho); a divulgação do serviço para a comunidade através da mídia, cartazes e folders. Os resultados esperados com a implantação do Serviço de Ouvidoria no Hospital são fundamentados na garantia ao usuário de um espaço estratégico e democrático de comunicação permitindo-lhe o exercício da cidadania. Paralelamente a isso será possível ao gestor o desenvolvimento de uma gestão participativa, fazendo cumprir os princípios do SUS. Portanto, com a implantação deste instrumento de comprometimento e qualidade na gestão será possível consolidar as modernas práticas de administração, paralelo a busca pela satisfação de seus servidores e dos clientes/usuários, tornando-se um importante instrumento de participação comunitária, modernização administrativa e uma ferramenta importante de atendimento pessoal ao cidadão.

Desenvolvimento da proposta

Buscando melhorar o atendimento aos usuários do **CHRDJC**, este Projeto Técnico apresenta com proposta a implantação de um Serviço de Ouvidoria na instituição, pois através deste será possível o desenvolvimento do controle social e a busca por uma gestão participativa na referida instituição.

Para a implantação do Serviço de Ouvidoria os procedimentos adotados serão:

- A mobilização dos gestores e profissionais através de palestras e oficinas internas;

- A redefinição do organograma instituição com inclusão do Serviço de Ouvidoria ligado diretamente ao gestor;
- A estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxos de trabalho);
- A divulgação do serviço para a comunidade através da mídia, cartazes e folders.

Plano de implantação

A estratégia de implantação deste projeto está pautada na importância que este serviço representará para a instituição, visto que, é um instrumento legal que permite o desenvolvimento da cidadania através da participação popular, bem como o desempenho de uma gestão participativa.

A primeira fase para a implantação de uma Ouvidoria é a definição de sua necessidade dentro do órgão ao qual ela está vinculada e do apoio que terá em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia. Para isso, os gestores, bem como seus funcionários, devem estar conscientes das atribuições da Ouvidoria e dispostos a colaborar com seu trabalho (BRASIL, 2010).

Assim, o passo inicial para a criação de um Serviço de Ouvidoria será mobilização, ou seja, com este Projeto Técnico será possível demonstrar a necessidade da implantação deste serviço aos gestores e funcionários da instituição.

Posteriormente será proposto à administradora do Hospital a inserção do Serviço de Ouvidoria no organograma da instituição, situando-se, de preferência, da forma mais próxima possível do gestor, com competências resolutivas respaldadas pelo mesmo. Com isso, a Ouvidoria poderá conquistar credibilidade, exibindo respeito no serviço e resolutividade imediata às demandas vindas da sociedade usuária.

Uma vez estruturada fisicamente é importante que o Serviço de Ouvidoria passe a existir também de direito, que seja formalizado e institucionalizado por meio de um instrumento normativo de criação/regulamentação. Assim, será proposta a promulgação de uma portaria interna com a nomeação da equipe responsável pelo serviço, e com plenos poderes para a elaboração do Regimento Interno do Serviço de Ouvidoria.

Após a estruturação jurídica, física e administrativa da Ouvidoria, com a alocação de seus recursos humanos e logísticos, o próximo passo estratégico será a implantação de fluxos e rotinas para o trabalho rotineiro de atendimento às demandas dos cidadãos.

Após a implantação o Serviço será monitorado através de relatórios quantitativos e qualitativos, visando à qualidade e a eficácia das atividades prestadas. Através destes relatórios será possível priorizar ações preventivas e corretivas, estruturar programas e conduzir o estabelecimento de parcerias internas a fim de garantir a credibilidade tão essencial ao fortalecimento da atividade de ouvidoria.

Recursos

Recursos Físicos

Será necessário um espaço físico determinado com boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão; acessibilidade (rampa e banheiros adaptados para portadores de necessidades especiais); equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço; disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet; espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Portanto, o local escolhido deve ser adequado para a execução das funções do Serviço de Ouvidoria, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados da Ouvidoria. Sugere-se a criação de um espaço reservado para garantir um acolhimento privativo ao cidadão.

Recursos Materiais

Para a adequação do espaço ao trabalho do Serviço de Ouvidoria o local deve possuir mobiliário, mínimo, como: cadeiras, mesa, armário, material de escritório em geral, computador, impressora, aparelho telefônico e fax; disponibilidade de linha telefônica - o ramal telefônico deverá estar disponível exclusivamente para o atendimento ao cidadão; acesso à Internet e endereço eletrônico.

Ressalta-se que internet e os meios de comunicação eletrônicos tornaram-se mecanismos facilitadores do acesso do cidadão.

Recursos Humanos

A Ouvidoria precisa contar com, no mínimo, os recursos humanos exclusivos abaixo discriminados:

- 01 (um) ouvidor geral;
- 01 (um) ouvidor adjunto;
- 01 (uma) secretária;
- 01 (uma) tele atendente.

Resultados esperados

Os resultados esperados com a implantação do Serviço de Ouvidoria no **CHRDJC** são fundamentados na garantia ao usuário de um espaço estratégico e democrático de comunicação permitindo-lhe o exercício da cidadania. Paralelamente a isso será possível ao gestor o desenvolvimento de uma gestão participativa, fazendo cumprir os princípios do SUS.

Com a implantação do Serviço de Ouvidoria pretende-se:

- Ampliar em 80% a participação dos cidadãos na gestão do **CHRDJC**.
- Possibilitar à instituição a avaliação de 80% da qualidade das ações e dos serviços prestados;
- Subsidiar a gestão em 90% para a tomada de decisão e formulação de estratégias para o melhor atendimento;
- Humanizar 80% do atendimento através da escuta ao cidadão;
- Desenvolver 80% uma gestão democrática, segura e participativa;
- Reduzir 80% os conflitos no Hospital;

Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.

Os riscos ou problemas que poderão ocorrer na implantação deste Projeto Técnico são:

- A ausência ou o não cumprimento dos atos normativos que estabelecem as atribuições e as competências do Serviço de Ouvidoria, colocando o grupo como refém das vontades dos gestores, das circunstâncias políticas, do corporativismo funcional/técnico e das resistências internas;
- A resistência à mudança cultural, visto que, a instalação de um Serviço de Ouvidoria em muitos casos sugere algum desconforto, principalmente, para aqueles habituados com velhas práticas burocráticas;
- Carências orçamentárias.

Portanto, para superar estes entraves será necessário o interesse, apoio direto e o manifesto do Gestor da instituição, sem esse apoio, as iniciativas de sensibilização interna para a necessidade de garantir a satisfação do usuário serão inviáveis.

Conclusão

Da mesma forma que as organizações da sociedade civil agem como permanentes vigilantes da qualidade dos serviços públicos, o cidadão comum cobra a sua cidadania.

Hoje, os Serviços de Ouvidoria são sem dúvida uma porta aberta para a participação popular, um canal de diálogo com a população. E através das reivindicações e das reclamações se torna uma fonte de recomendações para a melhoria do serviço público.

Neste contexto, a criação de um Serviço de Ouvidoria no **CHRDJC**, surge como uma proposta que visa a elevar a qualidade de atendimento.

Portanto, com a implantação deste instrumento de comprometimento e qualidade na gestão será possível consolidar as modernas práticas de administração, paralelo a busca pela satisfação de seus servidores e dos clientes/usuários, tornando-se um importante instrumento de participação popular, modernização administrativa e uma ferramenta importante de atendimento pessoal ao cidadão.

Contudo, entende-se que outros estudos são necessários, no sentido de estampar a realidade considerando as dimensões gerenciais e de satisfação dos usuários visando operacionalizar esta proposta.

3.3.1.4 Ouvidoria Ativa

Caracterização do Serviço

A **ouvidoria ativa** constitui-se um importante instrumento de gestão por permitir a identificação e mensuração de aspectos que devem ser melhorados no processo de hospitalização de indivíduos enfermos, influenciando no aprimoramento institucional e profissional. É caracterizada como um canal democrático, ativo e rápido para o acolhimento, tratamento e encaminhamento de **sugestões, críticas ou elogios** de pacientes, familiares e visitantes.

A ouvidoria ativa atua como um instrumento para dar voz aos usuários, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento para melhoria contínua.

O ouvidor ativo terá como atividade principal ouvir as **sugestões, críticas ou elogios**, além de esclarecer dúvidas e orientar os usuários para, depois, encaminhar as demandas para os âmbitos específicos com o intuito de melhorar ainda mais o atendimento, tornando-o mais ágil e humanizado.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** entende que o Serviço de Ouvidoria Ativa contribuirá para o cumprimento da missão institucional e vem ao encontro das necessidades administrativas ao constituir-se como a materialização de uma demanda dos EAS, e, é capaz de garantir a participação do usuário no processo de gestão, potencializar o alcance dos resultados com foco na segurança e melhorar a qualidade do cuidado e dos serviços.

Objetivos

- Identificar sugestões dos pacientes, visitantes e acompanhantes;
- Identificar as críticas dos pacientes, visitantes e acompanhantes;
- Identificar os elogios dos pacientes, visitantes e acompanhantes;
- Garantir a transformação das sugestões dos pacientes, visitantes e acompanhantes em oportunidades de melhorias internas;
- Garantir atendimento adequado das reivindicações dos pacientes, visitantes e acompanhantes;
- Desenvolver ações de caráter preventivo;
- Melhorar a resolutividade e qualidade da assistência;
- Ampliar acesso aos serviços;
- Garantir participação dos pacientes, visitantes e acompanhantes na gestão;
- Proferir respostas à colaboradores e fornecedores de serviços.

Estruturação do Serviço de Ouvidoria Ativa

Desenvolvimento da proposta

Para a implantação do Serviço de Ouvidoria Ativa os procedimentos adotados serão:

- A mobilização dos gestores através da apresentação da proposta de implantação de ouvidoria ativa internas;
- A redefinição do organograma instituição com inclusão do Serviço de Ouvidoria Ativa ligado diretamente à Diretoria Geral;
- A estruturação jurídica, física e administrativa da Ouvidoria ativa, com a alocação de seus recursos humanos e logísticos;
- A promulgação de uma portaria interna com a nomeação da equipe responsável pelo serviço, e com plenos poderes para a elaboração do Regimento Interno do Serviço de Ouvidoria ativa;

- A implantação de fluxos e rotinas para o trabalho rotineiro de atendimento às demandas dos cidadãos;
- A implantação de instrumentos para monitoramento e acompanhamento dos indicadores (relatórios quantitativos e qualitativos, painel eletrônico de indicadores);
- A mobilização dos profissionais através de palestras e oficinas internas.

Recursos

Recursos Físicos e materiais

- Sala administrativa: 5,5 m² por pessoa;
- Computador, com acesso à internet: 01 por pessoa;
- Cadeiras para escritório: 01 por pessoa;
- Mesas para escritório: 01 por pessoa;
- Armário;
- Linha telefônica (ramal);
- Impressora;
- Materiais diversos para escritório.

Recursos Humanos

- 02 (dois) ouvidores ativos.

Recomendação: Indivíduos com formação de nível médio que apresentam boa comunicação e comportamento proativo.

Metodologia

Coleta das informações: sugestão, crítica ou elogio.

Diariamente os ouvidores ativos realizarão visitas aos leitos dos pacientes internados nas enfermarias com utilização de instrumento específico, contendo: data da visita, número do prontuário, gênero e idade do informante em anos, cidade e estado de origem, data e horário da demanda (sugestão, crítica ou elogio), e, campo específico para descrição de sugestões, críticas e elogios.

Para iniciar a coleta das informações o ouvidor ativo deverá solicitar mapa dos pacientes internados constando o número do leito. Em seguida, sem interferir na dinâmica do serviço, se apresentará a cada um dos pacientes internados, de modo a divulgar a proposta da visita, que consistiu na busca por sugestões, críticas e elogios acerca dos processos institucionais e processos de trabalho da unidade de saúde.

O ouvidor ativo fará uso da técnica de entrevista aberta e informal, buscando atender a finalidade exploratória, na qual será introduzido o tema ao paciente, familiares e visitantes. Os mesmos terão a liberdade para discorrer sobre o tema sugerido.

Buscando precisão de informações será seguida as seguintes recomendações para realização da coleta:

RECOMENDAÇÕES

- a) Dispor de formulário em prancheta;
- b) Manter formulário e o informante na mesma linha visual, facilitando e centrando a atenção no informante;
- c) Iniciar as anotações somente depois que o informante começar a responder;
- d) Registrar as mesmas palavras do informante;
- e) Evitar resumir ou parafrasear as respostas do informante;
- f) Realizar registro total do se refere ao objetivo da pergunta e registrar em síntese as digressões, mesmo que estas não se refiram diretamente ao assunto.

Adaptação: Survey Research Center, da Universidade de Michigan de Ander-Egg *apud* Gil (1999)

Todas as fichas e relatórios de críticas, sugestões e elogios deverão ser arquivados.

Análise das informações: sugestão, crítica ou elogio.

Os dados coletados serão digitados em um banco no software Microsoft Office Excel 2013. Para análise dos dados será utilizado frequência simples e percentual.

Apresentação das informações: sugestão, crítica ou elogio.

As informações analisadas serão apresentadas em relatório descritivo eletrônico, que será emitido diariamente. Em seguida, será encaminhado ao Núcleo de qualidade do EAS ou serviço correspondente, à Diretoria Geral do EAS e ao Corpo Diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, visando oportunizar rapidamente as medidas de ajuste.

Será apresentado, também, relatório descritivo, semanal e consolidado trimestral com a apresentação dos dados analisados por meio de frequências simples e percentual, expostos em tabelas e/ou gráficos de tendências.

Os resultados ao nível institucional serão encaminhados à Diretoria Geral e ao corpo diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para análise e encaminhamentos. As relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas à Diretoria Técnica e ao Departamento de Recursos humanos (RH), posteriormente, o RH se incumbirá de aplicar a política de gestão de pessoas, no que compete ações corretivas, e em seguida, encaminhará esse às unidades e ao Núcleo de Qualidade, para conhecimento e utilização.

Sistemática para encaminhamento das demandas: sugestões, críticas e elogios.

Sistemática para encaminhamento das sugestões:

As sugestões ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e ao corpo diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para análise e encaminhamentos. As relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas à Diretoria Técnica, ao corpo diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e ao Departamento de Recursos humanos (RH).

Os dirigentes supracitados avaliarão a viabilidade de atendimento das sugestões realizadas, e em seguida, será encaminhado plano para atendimento à sugestão às unidades e ao Núcleo de Qualidade.

Sistemática para encaminhamento dos elogios:

Os elogios relacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde serão encaminhados à Diretoria Técnica e ao Departamento de Recursos humanos (RH), posteriormente, o RH incluirá o profissional citado em listagem específica, e os que receberem maior destaque receberão matéria divulgada em jornal e rede social institucional.

Sistemática para encaminhamento de críticas:

As críticas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e ao corpo diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para análise. As relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas à Diretoria Técnica, ao corpo diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e ao Departamento de Recursos Humanos (RH), posteriormente, o RH se incumbirá de aplicar a política de gestão de pessoas, no que compete ações corretivas, e em seguida, encaminhará esse às unidades para conhecimento.

As críticas deverão ser plenamente respondidas dentro do mesmo turno que foram realizadas e resolvidas em até 48 horas. As críticas que não forem atendidas dentro do prazo estabelecido serão acompanhadas pela Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Corpo diretivo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. Além disso, os pacientes, acompanhantes e visitantes que emitirem críticas deverão ser acompanhados durante todo o período de internamento até a alta hospitalar.

Após análise dos dados e mediante a apresentação do resultado o responsável pela realização da Ouvidoria ativa estabelecerá sistemática para identificação de não conformidade relativa sistema de qualidade da unidade e investigação das causas, a fim de corrigir as não conformidades identificadas e evitar que ocorram novamente. Para isso, será: descrito em formulário a não conformidade; apresentado o resultado de investigação das causas; implementada a ação corretiva e avaliação dos resultados da implementação da ação corretiva.

Resultados Esperados

- Ampliar em **80%** a participação dos pacientes, acompanhantes e visitantes das enfermarias na gestão da instituição;
- Possibilitar à instituição a avaliação de **80%** da qualidade das ações e dos serviços prestados nas enfermarias;
- Subsidiar a gestão em **90%** para a tomada de decisão e formulação de estratégias para o melhor atendimento nas enfermarias;
- Humanizar **80%** do atendimento das enfermarias através da escuta ao cidadão;
- Desenvolver em **80%** uma gestão democrática, segura e participativa;
- Reduzir **80%** os conflitos no Hospital.

Definição e monitoramento de Indicadores

INDICADORES QUALITATIVOS	Meta
Tempo de espera “para resolução”	< 48 horas
Tempo de Espera “para resposta”	100% no mesmo turno
Taxa de resoluções	≥ 80%
Taxa de respostas	100%
Taxa de Críticas	≤ 15%
Taxa de Elogios	≥ 70%

Considerações Finais

O Serviço de Ouvidoria ativa surge como uma proposta que visa a elevar a qualidade de atendimento. Pode-se considera-lo como um instrumento de comprometimento e qualidade na gestão, voltado a consolidação das modernas práticas de administração, paralelo a busca pela satisfação de seus servidores e dos clientes/usuários, tornando-se um importante instrumento de participação popular, modernização administrativa e uma ferramenta importante de atendimento pessoal ao cidadão.

Contudo, entende-se que outros estudos são necessários, no sentido de estampar a realidade considerando as dimensões gerenciais e de satisfação dos usuários visando operacionalizar esta proposta.

Todos os ouvidores ativos deverão realizar um curso voltado a realização de entrevistas abertas e informal.

3.3.2 Termo de Consentimento Informado

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reconhece que o **Termo de Consentimento Informado** é um direito dos pacientes e obrigação ética do médico (capítulo IV, art. 22 do Código de Ética Médica) e atende ao direito do paciente de obter orientações e decidir livremente sobre o procedimento ao qual será submetido, seja esse terapêutico ou diagnóstico. O **CHRDJC** deverá orientar seu corpo clínico a obter o consentimento informado de seus pacientes por escrito, de forma livre e esclarecida. Ao paciente deverá ser viabilizado o acesso ao termo de consentimento informado e às informações nele contidas, sendo necessário que o médico preste esclarecimentos, também, verbalmente. O consentimento informado deve ser assinado pelo paciente ou responsável.

O termo permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele, através de um documento assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido as informações pertinentes. Esses procedimentos garantem a autonomia do paciente e delimitam a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

CONSENTIMENTO INFORMADO: Orientações aos Profissionais do Corpo Clínico

O "**Termo de Esclarecimentos, Ciência e Consentimento**" (Consentimento Informado), atendendo a princípios éticos e legais, permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos. Para isso, o médico assistente ou cirurgião-dentista deve fornecer ao seu paciente todas as orientações pertinentes. O seu uso está indicado nas seguintes situações:

- Nos tratamentos e procedimentos cirúrgicos ou clínicos realizados sob algum tipo de anestesia;
- Nas biópsias e demais incisões (mesmo em regime ambulatorial e com algum tipo de anestesia local);
- Nos procedimentos endoscópicos, angiografias e cateterismo cardíaco;
- Nas diálises;
- Nas transfusões sanguíneas;
- Nas terapias por radiação e quimioterapias;
- Nos procedimentos radiológicos envolvendo o uso de contraste;
- No uso de medicações ou terapêuticas invasivas com risco de efeitos colaterais severos;
- Nos procedimentos diagnósticos invasivos.

Como obter o termo de esclarecimentos, ciência e consentimento?

O Termo está disponível no **Hospital**, em todas as Unidades Assistenciais e de Serviço de Atendimento ao Paciente.

Como o profissional deverá proceder?

Após conversar com o paciente ou seu responsável, esclarecendo sobre o procedimento a ser realizado e colocando-se à disposição para responder suas dúvidas, o médico ou profissional responsável deve preencher o documento e solicitar que o paciente assine, demonstrando que está ciente e que concorda com o que conversaram. O médico ou profissional responsável assina e solicita que uma testemunha faça o mesmo. Uma via deste documento deve permanecer no prontuário do paciente.

Qual o destino que é dado ao documento?

A primeira via deve ficar no prontuário do paciente, no **Hospital**. A segunda via fica disponível para o médico/ profissional responsável, e a terceira via fica com o paciente.

3.3.3 Manual de Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Pacientes e Familiares

Apresentação

A Recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares do CHRDJC será orientada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) que foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo".

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** aposta em ações em que SUS seja humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Neste contexto, tanto o setor de emergência quanto o ambulatorial e unidades de internação contarão com ações alinhadas com os princípios do HumanizaSus, tendo como preocupação primária a ofertada de atendimento cada vez mais humanizado, respeitando o paciente na sua totalidade, considerando seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Estratégias para recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares:

- I. Realização de acolhimento e acompanhamento dos pacientes e seus familiares, por toda a equipe multidisciplinar em todas as unidades de atendimento;
- II. Realização de "acolhimento educativo": oferecimento de sala de espera humanizada com a realização de educação em saúde;
- III. Oferecimento de atendimento do Serviço Social diuturnamente para acolher famílias com demandas psicossociais;
- IV. Oferecimento de atendimento aos familiares em situação de óbito; Realização Festividades em datas comemorativas com a participação dos pacientes, familiares e funcionários;
- V. Apresentações eventuais de música, teatro e dança nas áreas assistenciais;
- VI. Formação de grupos de Apoio e orientação a familiares com a participação da equipe multidisciplinar;
- VII. Disponibilização de espaço destinado para reflexão individual e/ou preces (capela ecumênica);
- VIII. Ampliação do horário de visita para casos especiais;
- IX. Formação de grupos: contadores de História.

Equipe para realização da recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares

A recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares contará com equipe multiprofissional formada com “conte comigo”, recepcionista, psicólogos, assistentes sociais e equipe de enfermagem.

Atribuições da equipe para realização da recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares

I. “Conte Comigo” ou “Posso Ajudar”:

- Acolher o usuário na porta de entrada da Unidade;
- Orientar usuário com relação ao fluxo interno como: horário de funcionamento, horários de médicos, localização de setores e serviços oferecidos pela Unidade;
- Orientar e acompanhar o usuário, se necessário, ao setor solicitado internamente;
- Fazer articulação com o Serviço Social em caso de usuários desacompanhados;
- Orientar e organizar o fluxo da farmácia, do laboratório, da vacina, das recepções e serviços em geral;
- Direcionar o usuário com cortes à sala de sutura e informar ao enfermeiro da urgência;
- Organizar o fluxo da Classificação de Risco, seguindo os critérios definidos.

II. RECEPCIONISTA:

- Registrar os pacientes acolhidos na Unidade, solicitando sempre o documento dos mesmos;
- Encaminhar os usuários a todos os setores da Unidade;
- Buscar com a equipe médica e de enfermagem dados necessários para a atualização do quadro dos pacientes que aguardam liberação de vaga;
- Registrar saída dos pacientes para encaminhamento às unidades de apoio;
- Desenvolver outras atividades de acordo com as especificidades do setor de lotação.

III. ENFERMEIRO:

Realizar a avaliação e classificação de risco de acordo com queixa encaminhando dentro do fluxograma definido pelo acolhimento;

Supervisionar técnicos de enfermagem do acolhimento sob sua supervisão.

Orientar usuário com relação ao fluxo interno como: horário de funcionamento, horários de médicos, localização de setores e serviços oferecidos pela Unidade;

Orientar e acompanhar o usuário, se necessário, ao setor solicitado internamente;

Fazer articulação com o Serviço Social em caso de usuários desacompanhados;

Notificar casos de violência de acordo com o protocolo da Vigilância Epidemiológica;

Trazer ao conhecimento do programa de Atenção Domiciliar do município, algum usuário que necessite deste atendimento através de relatórios;

Acolher o usuário seus familiares ou responsáveis, buscando a resolubilidade imediata nas situações de saúde/doença;

Desenvolver em salas de espera ações preventivas e educativas em saúde. Ex: saúde bucal, saúde da mulher, alimentação saudável, saúde da criança, do adolescente e do idoso, entre outras;

Encaminhar os usuários aos serviços oferecidos pela instituição de saúde. Ex: programas, serviços, etc;

Esclarecer os usuários quanto aos seus direitos sociais e, se necessário, realizar encaminhamentos;

Contribuir efetivamente no exercício de cidadania dos usuários, articulando as demais políticas públicas e redes de proteção (orientações, encaminhamentos, denúncias, notificações e visitas domiciliares);

Organizar, participar de ações educativas individuais e coletivas, contribuindo com a melhoria das condições de vida e saúde da mulher, criança, adolescente e idoso;

Acolher e orientar familiares e pacientes com transtorno mental:

Realizar acolhimento com classificação de risco.

IV. TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Auxiliar no acolhimento de pacientes em situações, as quais, estes apresentem dificuldades de acessibilidade ou locomoção;
- Participar no processo de acolhimento com classificação de risco;
- Orientar usuário com relação ao fluxo interno como: horário de funcionamento, horários de médicos, localização de setores e serviços oferecidos pela Unidade;
- Orientar e acompanhar o usuário, se necessário, ao setor solicitado internamente.

V. ASSISTENTE SOCIAL

- Realizar visita a sala de observação/enfermaria para identificação de usuários que necessitam de auxílio social;
- Fazer relatório do atendimento ao usuário em ficha de atendimento e prontuário (caso o mesmo tenha sido internado na Unidade);
- Notificar casos de violência de acordo com o protocolo da Vigilância Epidemiológica;
- Trazer ao conhecimento do programa de Atenção Domiciliar do município, algum usuário que necessite deste atendimento através de relatórios;
- Acolher o usuário seus familiares ou responsáveis, buscando a resolubilidade imediata nas situações de saúde/doença.

3.3.4 Manual de Informação aos Usuários

O **Manual de Informação aos Usuários** deverá ser entregue aos mesmos quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

Neste manual estão as orientações e procedimentos para que você possa utilizar melhor os nossos serviços.

Informações gerais

Pijamas, roupas de cama e banho, mobiliário, equipamentos e materiais do serviço estão aqui para o seu bem-estar.

Lembre-se que depois de você, outras pessoas precisarão usá-los.

Fique atento para possíveis extravios. Não nos responsabilizamos por objetos pessoais deixados nas dependências do Serviço.

Para garantir a segurança de todos, lembre-se de higienizar as mãos sempre:

- Antes e após contato com o paciente;
- Após contato com áreas próximas ao paciente;
- Ajude-nos na conservação do SERVIÇO. Ele é de todos nós.

Recomendações

Trazer objetos de higiene e proteção pessoal para uso do paciente, tais como: sabonete, desodorante, creme dental, escova de dente, chinelo, etc.

Trazer para o Hospital, para uso exclusivo do acompanhante, 01 (uma) toalha, 01 (um) cobertor, roupas e objetos pessoais.

Auxiliar nos cuidados com o paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem (banho, mudança de posição, etc.).

Evite utilizar o telefone celular nas enfermarias, corredores e posto de enfermagem.

Para garantir a proteção e o bem-estar dos usuários, não é permitido:

- Fumar nas dependências do Hospital;
- Falar alto e produzir barulhos excessivos;
- Manusear materiais e equipamentos utilizados no tratamento e monitoramento do paciente, tais como: soros, registros de oxigênio entre outros;
- Entrar ou permitir a entrada de alimentos e bebidas de qualquer natureza (exceto nos casos avaliados e autorizados pela Nutrição);
- Sentar ou deitar na cama ou no chão;
- Trazer de casa travesseiros, lençóis, cobertores e/ou roupas para o paciente;
- Entrar com aparelhos eletrônicos tais como televisão e rádio;
- Ministrando medicação ao paciente, realizar curativos e outros procedimentos;
- Permanecer com os televisores ligados após as 22:00hs;
- Circular em outras alas e enfermarias além daquelas onde o paciente está internado.

Acompanhantes

Pacientes menores de 18 anos, gestantes, indígenas, idosos (idade igual ou superior até 60 anos) e pessoas com necessidades especiais tem direito a 01 (um) acompanhante;

O acompanhante deve ter idade igual ou superior a (18) anos;

Por motivos de segurança, não será permitida a permanência de acompanhantes gestantes; Respeitando as individualidades, somente será permitido acompanhante do mesmo sexo do paciente;

Horários de troca de acompanhantes:

A troca de acompanhantes fora dos horários estipulados será previamente avaliada e autorizada pelo enfermeiro supervisor;

Caso necessário, os profissionais solicitarão aos acompanhantes e/ou visitantes que aguardem no hall do andar durante a realização de procedimentos;

A autorização de permanência de acompanhantes poderá ser cancelada caso haja descumprimento das normas aqui descritas.

Visitantes

Visitantes devem se identificar na Recepção Social e portar, em local visível, a etiqueta de identificação fornecida;

Não será permitida entrada de visitantes menores de 12 anos;

Pacientes em isolamento só podem receber visitas com acompanhamento e as devidas instruções;

As visitas podem atrasar ou ser interrompidas em decorrência da realização de procedimentos;

É permitida a visita de um representante de segmentos religiosos por vez, desde que solicitado pelo paciente e/ou seu familiar;

Ao sair do Hospital, a etiqueta de identificação deverá ser devolvida;

Para segurança e adequada recuperação dos pacientes, nas enfermarias é permitido no máximo 01 (um) visitante por paciente, e nas Unidades de Cuidados Intensivos no máximo 02 (dois), sendo 01 (um) por vez.

Refeições

As refeições dos pacientes seguirão os regimes dietéticos prescritos pelo médico assistente e pela equipe de nutrição. Para maior conforto e segurança o SERVIÇO também serve refeições para acompanhantes.

As refeições serão servidas a partir dos seguintes horários:

Desjejum 6h as 7h	Colação 9h as 10h	Almoço 11h as 12h	Lanche 15h as 16h	Jantar 18h as 19	Ceia 21h as 22h
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------	--------------------

Serviço de Ouvidoria

O Serviço de Ouvidoria é um canal de comunicação entre a sociedade e o SERVIÇO e tem por objetivo a melhoria contínua na qualidade dos serviços do Hospital. Para realizar críticas, elogios ou sugestões o acesso ao Serviço de Ouvidoria pode ser pessoalmente, por contato telefônico ou e-mail.

Alta Hospitalar

A alta hospitalar será realizada e registrada no prontuário, segundo critério médico.

Pesquisa de Satisfação do Usuário

Solicitamos a gentileza de preencherem nosso questionário de avaliação da satisfação dos usuários, que lhe será oferecido na ocasião de alta hospitalar.

3.3.5 Manual de Informação aos Novos Colaboradores

O **Manual de Informação aos Novos Colaboradores** deverá ser entregue aos mesmos quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

Apresentação

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem-vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e precisamos do trabalho em equipe com coleguismo, amizade e profissionalismo para conseguirmos atingir nossos objetivos.

Elaboramos este manual visando orientá-lo sobre nossa política da qualidade, nossos serviços, princípios, direitos, deveres e benefícios, além de orientações básicas visando o bem-estar e a integração de todos.

Esperamos que você vista nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe!

Política de Qualidade

A qualidade é um processo dinâmico, de constante e exaustiva operação, que visa identificar falhas na prática, e permanentemente buscar meios para solucioná-las. A melhoria contínua da qualidade estabelece padrões, que se resulta de estudos e metas da instituição, buscando o aperfeiçoamento das atividades realizadas em âmbito hospitalar.

Nossa política de qualidade se preocupa com os custos e gastos através da execução de medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados. O trabalho e o espírito em equipe se tornam totalmente necessário para o sucesso dessa gestão. Para convivermos melhor, respeitando o outro, é indispensável seguirmos alguns deveres e responsabilidades que visam à integração de nossa equipe, um bom funcionamento do trabalho e um atendimento mais humanizado às pessoas que necessitam de nossa atenção. Desejamos que você 'vista nossa camisa'! Pois é com muita integração que se cresce e se fortalece.

Uso do Crachá

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos.

Em caso de perda do seu crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição.

Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

Registro de Frequência

Através da folha de ponto ou biometria, você registrará o tempo em que está no desempenho de suas atividades profissionais.

Horas extras e adicionais devem ser solicitadas pela chefia, bem como autorizadas mediante justificativa por escrito, com as devidas assinaturas e encaminhada ao setor de pessoal para as providências cabíveis.

Direitos e Benefícios

Acreditamos que os Recursos Humanos constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis em nossa instituição. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção. Nesse contexto, busca-se superar os desafios da implementação de uma Política de Atenção à Saúde com foco na qualidade e nos Recursos Humanos.

Educação Permanente

Nosso intuito é contribuir com o crescimento de nossos colaboradores, assim, mantemos um programa de educação permanente onde são oferecidos: cursos, seminários, palestras, etc., para o aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal e profissional de acordo com as necessidades e aptidões de cada um.

Atestados, licenças e benefícios

Caso necessite se afastar do serviço converse com a chefia imediata.

Nossos Funcionários da Coordenação também estão à disposição para lhe esclarecer de seus direitos e deveres.

Segurança e bom funcionamento dos Serviços:

São seus deveres:

Desempenhar suas atividades com interesse, responsabilidade e dedicação;
Cumprir regulamentos, normas, rotinas e as técnicas em vigor em nossa instituição;
Cumprir ordens e instruções de serviço;
Cumprir o horário de trabalho previsto em contrato ou escala de trabalho;
Participar das reuniões convocadas pela direção e superiores hierárquicos;
Zelar pela manutenção e conservação de todo o material sob sua responsabilidade;
Executar as atividades propostas pelas chefias com interesse, cooperação, participação e presteza;
Manter conduta pessoal e profissional condizente com sua função;
Respeitar a hierarquia, procurando manter um ambiente de harmonia;
Atender todos os clientes da instituição, seus familiares e visitantes de maneira cordial;
Manter o sigilo e a ética que rege a área da Saúde.

Aqui é Proibido:

Tratar de assuntos particulares durante o horário de expediente;
Comentar entre colegas ou estranhos, assuntos sigilosos da instituição;
Introduzir visitantes por acessos não autorizados;
Utilizar material ou equipamento da instituição para prestar serviços particulares;
Atender vendedores, bem como efetuar qualquer tipo de venda nas dependências da instituição;
Ingerir bebidas alcoólicas, fumar ou praticar jogos de azar no horário de trabalho e ou nas dependências da instituição;
Ausentar-se do trabalho sem o conhecimento e consentimento da chefia imediata.

Segurança no Trabalho

Segurança do Trabalhador

Nosso Hospital entende que os resultados, para serem bons, têm que ser obtidos sem comprometimento da integridade física e mental dos seus colaboradores. O seu grande objetivo é fazer com que todos os dias, os seus servidores retornem aos seus lares com saúde.

Segurança do Paciente

Acreditamos que na prevenção de acidentes do trabalho **TODOS SOMOS RESPONSÁVEIS**. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar conta com sua colaboração para que o Hospital mantenha um adequado programa de prevenção e controle de infecções.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes é formada por representantes de empregador e dos empregados que, em conjunto com o SESMT, orienta e inspeciona local de trabalho, analisando, prevenindo e tomando providências para que as condições ambientais sejam cada vez melhores.

Todo ano se realiza a SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – Trata-se de uma realização anual, promovida com o objetivo de levar informações para a prevenção de acidentes do trabalho. Ocorre através de palestras e debates com pessoas especializadas em condições ambientais e doenças ocupacionais, e assuntos outros relacionados ao bem-estar físico e psicológico dos funcionários.

Mensagem Final

Queremos que você se sinta bem por fazer parte de nossa história.

Contamos com sua cooperação, pois acreditamos em você para que possamos prestar um atendimento de qualidade.

A Coordenação de Recursos Humanos está à sua disposição para ajudá-lo no que for preciso e prestar-lhe esclarecimentos sobre eventuais dúvidas.

Sua missão como colaborador começa agora. Seu sucesso profissional depende muito de você, de seus conhecimentos, atitudes, disposição e, de sua capacidade em assumir responsabilidades.

Seja bem-vindo e Bom trabalho!

3.3.6 Informações aos Visitantes e Acompanhantes

Informações aos Visitantes e Acompanhantes

Horário de visitas:

Enfermaria – das 16 às 17 horas;

UTI - das 15 às 16 horas e das 19h30 às 20 horas.

Somente duas pessoas, de cada vez, poderão entrar para a visita.

Horário de troca de acompanhante:

Manhã: das 8 horas às 9 horas,

Tarde: de 13 às 14 horas e Noite: de 19:30 às 20:30 horas.

Boletim médico:

Pacientes internados nas enfermarias – o boletim é informado na recepção central e telefonia a partir das 10 horas;

Pacientes internados na UTI – o boletim é informado a partir de 07h e às 19h pela recepção central.

Normas:

Não é permitida a entrada de crianças até doze (12) anos de idade nas dependências do Hospital. Exceto com autorização.

É proibido fumar (**Lei Federal Nº. 9294/1996**).

Não será permitida a entrada de travesseiros, lençóis, cobertores, colchonetes, nas enfermarias.

Não é permitido entrar com alimentos no Hospital exceto nos casos avaliados e autorizados pela de Nutrição.

Informações para Visitantes de Enfermarias:

Será permitida a entrada de visitantes nas enfermarias maiores de doze (12) anos de idade acompanhados do seu responsável;

Visitantes maiores de sessenta (60) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar;

Não é permitido que o visitante circule em outras alas e enfermarias além daquela que o paciente está internado.

Informações para Visitantes da UTI:

Será permitido entrar na UTI maiores de doze (12) anos, acompanhados por responsável.

Exceções os casos avaliados e autorizados pela equipe técnica da psicologia.

Visitantes maiores de sessenta (60) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar.

Nas situações de intercorrências serão suspensas as visitas.

Só será permitido entrar com roupas e objetos de higiene pessoal do paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem.

Informações para Acompanhantes:

O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem.

Só é permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em impresso anexo, preenchida, assinada e carimbada pelo (a) enfermeiro (a) supervisor.

Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes.

Só é permitido acompanhante a partir de dezoito (18) anos de idade.

3.3.7 Direitos e Acomodação para os Acompanhantes

Apesar de haver uma Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil desde 2004, hospitais mantêm práticas centradas no corpo, desviando-se da integralidade que é um princípio do SUS.

Buscando problematizar a consideração da família na instituição hospitalar por meio da PNH ou do PNHAH, pode-se afirmar que, nessas políticas e programas, há apenas indicação esparsa de que os serviços hospitalares devam incluir a família nas ações em saúde, de acordo com cada instituição. De acordo com a PNH (Brasil, 2004), a equipe deve se importar com o vínculo de atenção aos usuários e familiares e garantir seus direitos, além de disponibilizar horário para atendimento à família e/ou à sua rede social. Concomitante à PNH, as diretrizes do PNHAH (Brasil, 2001) apontam para a criação de um sistema de apoio psicológico e social a usuários e familiares, assim como de orientação e acompanhamento. Entretanto, como se tratam de diretrizes, a instalação dessas políticas depende da política da instituição hospitalar, o que não garante atenção à família durante a internação do paciente.

Em algumas legislações há a garantia da presença da família no hospital para público específico. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) conferem direito a crianças, adolescentes e idosos de acompanhante em tempo integral. Também a Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde assegura ao paciente o "direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações" (Brasil, 2007, p. 5). Todavia, são ausentes nas diretrizes políticas da saúde práticas que levem aos direitos e deveres dos familiares acompanhantes nos hospitais. E notória é a falta de institucionalização de práticas que gerem inclusão familiar no espaço hospitalar. Assim, familiares podem encontrar dificuldades para se empoderarem em relação ao acompanhamento do paciente no hospital. Esse tipo de marginalização da família no espaço hospitalar pode ter como consequência tensão, conflito e relação frágil entre familiar e equipe de saúde. Dessa forma, é necessário "pensar e articular espaços institucionais para analisar, refletir, discutir e exercitar modelos de assistência pautados na coordenação do processo de cuidar que incluam a família" (Dell'Acqua, 2008, p. 118), já que o processo de humanização pauta a valorização dos sujeitos implicados no processo de bem-estar do paciente e seu familiar.

Segundo Ferrari e Kaloustian (1994), a família propicia a base afetiva e material a seus membros com o objetivo de promover bem-estar e sustenta uma dinâmica de funcionamento própria, caracterizada por um "sistema que troca materiais, energia ou informação com o seu ambiente" (Andolfi, 1996, p. 16).

O paciente tem autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida. Isso significa que você pode consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados (art. 7º, III, da Lei 8.080/90). Se o paciente não estiver em condição de expressar sua vontade, apenas as intervenções de urgência, necessárias para a preservação da vida ou prevenção de lesões irreparáveis, poderão ser realizadas sem que seja consultada sua família ou pessoa próxima de confiança. Se, antes, tiver manifestado por escrito sua vontade de aceitar ou recusar tratamento médico, essa decisão deverá ser respeitada (art. 7º, III, da Lei 8.080/90).

O Paciente tem o direito de exigir a entrada de acompanhante, durante consulta e/ou determinados exames, da mesma forma que é permitida a presença do marido (ou outro parente) quando da execução de exames ginecológicos, tipo ultrassonografia transvaginal e mamografia. A restrição a acompanhantes só é justificável em exames ou procedimentos nos casos em que claramente prejudicar o paciente ou submeter a risco o próprio acompanhante.

Por outro lado, a interpretação é diferente durante o período de internação: Se o paciente internado for menor de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável, o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/90), em seu artigo 12, determina: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Casos de idosos também são especiais: em seu Art. 16º, o Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741/03) estabelece que ao ancião internado ou em observação “é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

De acordo com o estabelecido pela Lei Federal nº 11.108/05 e Portaria MS/GM nº 2.418/05, “os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto”. No entanto, como lembrou em sua ementa o processo-consulta CFM nº 9.393/06 (Parecer CFM nº 7/07), “a presença de acompanhante para a mulher em trabalho de parto, embora prevista em lei, deve obedecer aos princípios da privacidade, sem os quais inviabiliza-se o cumprimento da lei”.

O simples fato de estar internada não é fator justificável para afastar a mãe de seu bebê, sob o ponto de vista de nenhum dos dois. Constituem-se em exceções os casos em que a paciente estiver internada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); sendo submetida a farmacoterapia que contra-indique o aleitamento; ou apresente doença infectocontagiosa que implique em isolamento.

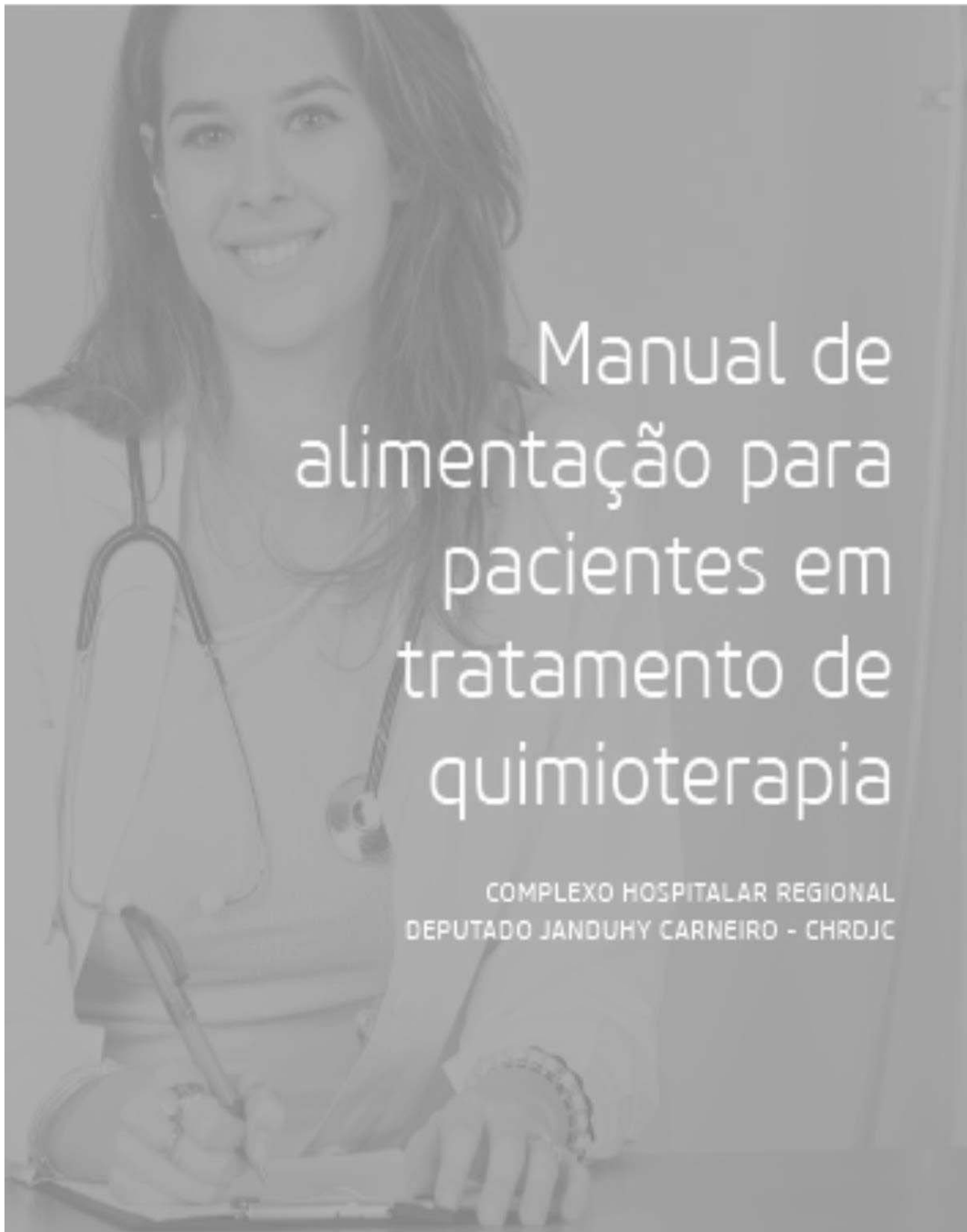
- (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente) devendo o estabelecimento de saúde fornecer condições para a sua permanência em tempo integral. O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

As parturientes também têm direito a acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05. O acompanhante terá direito a acomodações adequadas e às principais refeições durante a internação.

No **CHRDJC**, os acompanhantes, quando autorizados, são muito bem-vindos. Para os acompanhantes, o **CHRDJC**, disponibilizará poltronas reclináveis, refeições principais e uso do banheiro para a higiene pessoal. O acompanhante é um grande aliado do tratamento hospitalar. Muito mais do que segurar a mão do paciente, seu papel é fazer companhia, dar assistência e motivá-lo. É a pessoa que compartilha intensamente do momento vivido pelo paciente durante todo o período de internação. O objetivo do **CHRDJC** é proporcionar um ambiente confortável onde o acompanhante possa conversar com o médico e acompanhar a evolução do paciente, sentindo-se seguro frente à situação.

Por motivo de organização e segurança é muito importante o uso constante do crachá em parte visível para circular nas dependências do **CHRDJC**.

3.4 Manual de Orientação Nutricional aos Pacientes em Tratamento de Quimioterapia



Além dos efeitos colaterais indesejados que a quimioterapia pode causar, você pode enfrentar uma série de dúvidas referentes ao que é permitido ou não comer durante o tratamento.

Nosso objetivo é esclarecer todas as suas dúvidas para que você participe do seu tratamento e entenda as etapas que estão por vir.



Sumário

A boa alimentação durante a quimioterapia	7
Como montar um prato saudável?	8
Frutas	10
Vegetais	10
Água	10
Grãos	11
Laticínios	11
Proteína	11
Cuidados com os alimentos no dia a dia	12
Na compra dos alimentos	13
No preparo dos alimentos	14
No consumo dos alimentos	14
Desinfecção de frutas, verduras e legumes	15
Como se alimentar com os efeitos colaterais	16
Aftas ou feridas na boca	16
Boca seca	17
Prisão de ventre ou diarreia	17
Náuseas, vômitos e perda de apetite	18
Ganho de peso	19
Alteração do olfato e paladar	20
Anemia	21

A boa alimentação durante a quimioterapia

Uma alimentação nutritiva é sempre vital para que o organismo funcione melhor. A boa nutrição é ainda mais importante para as pessoas que estão em tratamento de câncer.

Quem come melhor tem mais capacidade de vencer os efeitos colaterais e de enfrentar, com êxito, as sessões de quimioterapia.

Uma alimentação saudável vai ajudar você a manter a disposição, evitando a degeneração dos tecidos do corpo e ajudando a reconstruir aqueles que a quimioterapia possa ter prejudicado. Quando não se ingere a quantidade suficiente ou o tipo correto de alimento, o corpo utiliza os nutrientes que tem armazenado para servirem de fonte de energia.

O resultado é que as defesas naturais se enfraquecem e o corpo não consegue combater as infecções.

Nenhum alimento ou grupo de alimentos contém todos os nutrientes necessários. Uma boa regra é ingerir diferentes tipos todos os dias. Para manter seu organismo forte, a alimentação deve conter porções diárias de verduras e legumes, carboidrato e proteínas animal e vegetal.

4 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SEGURA

Como montar um prato saudável?

PROTEÍNA VEGETAL

1/8 do prato

Exemplo: Feijão, grão-de-bico, ervilha, etc.

VERDURAS E LEGUMES

1/2 do prato

CARBOIDRATO

1/4 do prato

Exemplo: Arroz, macarrão, batata, etc.

PROTEÍNA ANIMAL

1/8 DO PRATO

Exemplo: 1 ovo ou 1 pedaço pequeno de carne, peixe, frango ou porco.





Frutas

Deu vontade de tomar um suco? Opte pelo 100% natural ao invés de consumir o industrializado. Tenha sempre com você lanchinhos com frutas secas, congeladas e, principalmente, frescas.

Vegetais

Consuma vegetais variados e de preferência frescos. Se não tiver jeito e precisar comprar vegetais congelados, procure sempre aqueles que contêm teor de sódio reduzido ou sem adição de açúcar.

Água

Beba bastante água, no mínimo 2 litros por dia, principalmente nos intervalos das refeições. Outros líquidos, como sucos naturais, água de coco e chás, podem ajudar na hidratação. Evite o consumo de bebida alcoólica durante o tratamento.





Grãos

Prefira os alimentos nas versões integrais, como pães, arroz e massas. Opte sempre por alimentos que contém no rótulo "grão inteiro".

Laticínios

Prefira laticínios com baixo teor ou sem gorduras. Caso apresente intolerância à lactose, opte por produtos sem lactose.

Proteína

Explore o consumo de proteínas, como feijões, ovos, carnes magras, aves sem pele e peixes.



Cuidados com os alimentos no dia a dia

4 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SEGURA

1. LAVAR

Lave as mãos e as áreas de preparo dos alimentos.

2. SEPARAR

Separe as carnes dos vegetais no preparo dos alimentos.

3. COZINHAR

Cozinhe os alimentos nas temperaturas adequadas.

4. ESFRIAR

Evite deixar os alimentos preparados mais do que 2 horas em temperatura ambiente; armazene-os adequadamente na geladeira ou freezer.



Na compra dos alimentos

Observe se os mercados onde você compra os alimentos mantêm as prateleiras e freezers adequadamente limpos e ligados.

Verifique a data de validade bem como a qualidade da embalagem. Não compre alimentos após o vencimento ou quando a embalagem estiver amassada, abaulada, enferrujada ou apresentar sinais de violação. Não compre produtos de origem animal se não tiverem o selo do Serviço de Inspeção Federal (SIF) do Ministério da Agricultura ou dos serviços de inspeção estadual (SIE) ou municipal (SIM).

Selecione as frutas, verduras e legumes que possuem cascas em boas condições, limpas, sem amasso ou machucadas. Não compre frutas vendidas abertas (ex.: melancia, melão, etc.).

Quando comprar alimentos perecíveis, guarde-os o mais rápido possível na geladeira ou freezer.

Não compre alimentos soltos, como castanhas, amendoins e nozes a granel.

Se consumir mel, prefira o pasteurizado e com selo do Ministério da Agricultura.

Evite o consumo de cogumelos, como *shimeji* e *shitake*, pois eles são fungos. Assim como os queijos gorgonzola, *brie* e *camembert*, que contêm fungos.

No preparo dos alimentos

O local de manipulação dos alimentos deve ser arejado e livre de animais, insetos e plantas.

As superfícies que entram em contato com os alimentos, como pias, mesas, fogão, equipamentos e utensílios, devem ser higienizadas com água e sabão antes do uso.

Evite o uso de utensílios de madeira, como tábuas ou colheres, pois são muito porosos e de difícil limpeza. Prefira tábuas de polietileno e colheres de plástico resistentes ao calor.

Os alimentos congelados devem ser descongelados na geladeira e não podem voltar ao congelador. No caso de alimentos industrializados, antes de consumi-los ou guardá-los na geladeira, lave as embalagens com água e sabão ou álcool 70%.

No consumo dos alimentos

Evite, sempre que puder, comer fora de casa, mas, se houver necessidade, escolha estabelecimentos de boa qualidade, que possuam cuidados de higiene, e utilize talheres descartáveis.

Prefira restaurantes que preparam as refeições na hora, mas, se a opção for um *self-service*, sirva-se logo que o local abrir.

Quando consumir leite pasteurizado, ferva-o antes. No caso de leite esterilizado (longa vida), pode consumir direto da embalagem.

Carnes, aves, peixes, ovos e legumes não devem ser consumidos crus ou malpassados. Lembrando que preparações como gemada, ovo quente, mousses, coberturas de doces ou maionese caseira levam ovo cru ou malpassado.

Desinfecção de frutas, verduras e legumes

Lave em água corrente. Uma dica de solução desinfetante:

- 1 colher de sopa de água sanitária ou 10 gotas de hipoclorito em cada litro de água. Se preferir, utilize produtos encontrados em mercados, farmácias e no postos de saúde, como Hidrosteril ou PuriVerd. Siga as recomendações de diluição do fabricante;
- Deixe de molho por 20 minutos na solução desinfetante;
- Guarde em um recipiente de vidro ou plástico tampado e armazene na geladeira.

Os alimentos crus (frutas, verduras e legumes) podem e devem ser consumidos com a casca, pois fazem parte de uma alimentação saudável. Porém, só os consuma dentro de casa, respeitando a higienização e desinfecção correta.

Como se alimentar com os efeitos colaterais

Quando se está em tratamento contra o câncer, o importante é não perder peso. Mais do que nunca, o corpo pede calorias saudáveis para aumentar a imunidade e ter energia de sobra para enfrentar os desafios.

A alimentação defasada pode refletir no seu organismo e, conseqüentemente, nos exames de sangue pré-químio. Por isso, capriche na sua alimentação e descubra novas possibilidades de combinar os alimentos.

Aftas ou feridas na boca

Selecione alimentos macios, preparações pastosas, como purê de batata e de mandioquinha, e consuma em temperatura ambiente ou morna.

Evite alimentos muito quentes ou gelados, condimentos fortes (pimenta, *catchup*, mostarda, molho inglês, etc.) e diminua o sal nas receitas.

O sorvete pode ser um saboroso anestésico, além de aliviar o gosto da quimioterapia que pode ficar na boca após as sessões. Os de massa, de preferência de frutas, são bem-vindos. Você pode fazer algumas combinações diferentes e preparar *milkshake* para variar o sabor.

Beber bastante líquido pode minimizar estes efeitos.

Escove os dentes sempre após as refeições e utilize uma escova com cerdas macias. Fale com o seu médico antes de realizar tratamentos dentários. Na presença de qualquer alteração na sua boca, fale com um enfermeiro ou seu médico.

Boca seca

A boca seca é um sintoma desagradável, porque muda o gosto dos alimentos e dificulta a mastigação. Você sabia que o sorvete pode ser um bom aliado na luta contra os efeitos colaterais?

Acrescente molhos e caldos nas preparações dos alimentos, assim eles ficam mais umedecidos.

Prisão de ventre ou diarreia

Intestino desregulado é algo comum durante o tratamento. Ele pode ficar preso ou solto, e os dois não são sintomas agradáveis.

Se for diarreia, o organismo pode perder nutrientes importantes, como vitaminas, sais minerais e água. Por isso, é muito importante se hidratar. Procure ingerir líquidos em pequenas quantidades, durante todo o dia, principalmente água.

Reduza as fibras, ou seja, frutas como mamão, laranja, mexerica, ameixa, os vegetais folhosos e alimentos na forma integral. Eles estimulam o intestino, prolongando o sintoma.

No caso de prisão de ventre, a orientação é ao contrário: procure comer mais fibras, presente nas frutas secas ou com casca. Inclua cereais em todas as refeições, como aveia, por exemplo. Vão ficar mais gostosas e ajudarão seu intestino a funcionar.

Beba bastante água, no mínimo 2 litros durante todo o dia.

Dê preferência para verduras e legumes crus e/ou cozidos e, se possível, com casca e sementes.

Náuseas, vômitos e perda de apetite

Alguns alimentos podem causar enjoo e, nessa hora, a melhor decisão é comer o que te causa apetite. Conheça o seu corpo. Tente identificar cheiros e alimentos que desencadeiem a náusea e o vômito e procure evitá-los.

Coma várias vezes ao dia, devagar e em pequenas porções. Tenha sempre disponível lanchinhos em casa ou na bolsa. Evite pular refeições. Quanto mais tempo estiver em jejum, maior pode ser o enjoo.

Evite frituras e alimentos gordurosos. Prefira os mais frescos, como sucos, frutas e iogurtes. Preparações com gengibre e limão são aliadas do paciente em tratamento quimioterápico.

Adicione uma colher de chá de gengibre ralado ao preparo de chás, sucos e *milkshakes*, contribuindo na diminuição deste sintoma durante o tratamento. E, sempre, beba bastante água.



Ganho de peso

Às vezes, os pacientes engordam durante o tratamento mesmo sem ingerir calorias em excesso. Certos medicamentos contra o câncer podem causar retenção de líquidos pelo organismo, o que induz ao ganho de peso, chamado de edema. O peso extra é constituído por água e não significa que você está comendo exageradamente.

Em alguns casos, o excesso de calorias na alimentação proveniente de uma dieta desbalanceada rica em gorduras, doces e frituras pode levar ao ganho de peso.

Consulte sua nutricionista se você ganhar muito peso e lembre-se: não faça dietas sem orientações, isso pode ser prejudicial à sua saúde e ao seu tratamento.

Alteração do olfato e paladar

As sensações de olfato e paladar podem mudar durante a quimioterapia por conta da perda ou enfraquecimento da sensação gustativa. Os alimentos podem parecer ter gosto amargo ou metálico, especialmente a carne ou outros alimentos ricos em proteínas. Outros parecerão ter menos sabor. Na maioria dos casos, esse tipo de alteração gustativa e olfativa desaparece com o término do tratamento. Não há um modo infalível de melhorar o sabor e o cheiro dos alimentos, porque cada pessoa é afetada de uma maneira diferente. No entanto, as dicas abaixo poderão melhorar o gosto da sua comida.

Escolha e prepare alimentos que lhe pareçam ter boa aparência e bom odor. Se a carne vermelha (por exemplo, o bife) tiver sabor ou odor estranhos, dê preferência à carne de frango, peru, peixe, ovos ou aos laticínios, mas que não tenham cheiro forte.

Experimente alimentos acres, como laranjas ou limões, que têm mais sabor. Utilize ervas e especiarias para realçar o gosto.

Enxaguar a boca antes das refeições pode ajudar a acentuar o sabor, assim como saborear alimentos com ervas, limão ou molhos ácidos.

Utilize utensílios de plástico ou vidro para diminuir o gosto metálico. Balas mentoladas também ajudam.



Anemia

A anemia acontece quando há diminuição das células vermelhas do sangue. A doença pode ter diversas causas e uma delas é a falta de ferro no organismo.

Você já deve ter ouvido que a beterraba é um bom aliado no combate à anemia. Pois ao contrário do que muitos acreditam,

ela não é um alimento rico em ferro, por isso, a sua contribuição é pequena e não serve para o combate.

Carnes, frangos, peixes, leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico) e verdura verde-escura (couve, espinafre, agrião) são alimentos fontes de ferro. Para que o organismo absorva melhor o ferro presente nesses alimentos, eles devem ser consumidos com fontes de vitamina C, como laranja, limão e acerola.

Tente não misturar os alimentos acima com derivados de leite, café ou chocolate, porque o organismo terá dificuldade em absorver o ferro presente.

4. QUALIDADE, EFICÁCIA, EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E ECONOMICIDADE

Apresentação:

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** acredita que a incessante busca às adaptações vivenciada por instituições de saúde visa contemplar às atuais necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente. Nesse sentido, incrementos relacionados à melhoria da **qualidade**, com vistas a se alcançar **eficácia, eficiência, efetividade e economicidade** em todos os processos dos serviços prestados constituem, hoje, fatores primordiais à adequada prestação de serviços à saúde.

A melhoria da qualidade dos serviços prestados estabelece o meio através do qual é possível alcançar **atendimento de excelência**. A procura por novos modelos assistenciais e diferentes formas de gestão, visam alcançar resultados apropriados à otimização de recursos, desenvolvimento do cuidado humanizado, e garantia da melhoria do serviço oferecido. Nesse contexto, o programa de **Acreditação Hospitalar** fornece uma possibilidade de originar mudanças no cenário atual, debilitado pelo modelo tecnicista de atendimento. O novo processo de qualidade traz transformações de hábitos, de valores e de comportamentos, impõe aos sujeitos envolvidos a quebra do cuidado mecanizado, bem como fomenta um ambiente organizacional de excelência (MANZO et al., 2012).

Nos últimos anos, não só no Brasil, mais em vários outros países, é possível observar uma grande mobilização relacionada à implementação de **programas de qualidade nas organizações hospitalares**, visando melhorar seu gerenciamento e **aumentar a eficácia, eficiência, efetividade e economicidade** destes serviços (JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

Atualmente, a maioria das instituições hospitalares propõem estabelecer uma **gestão por processos** (conjunto de atividades realizadas com um propósito determinado) como modo de superar problemas quanto a ineficácia, a ineficiência, má produtividade, dentre outras. A avaliação e o gerenciamento desses processos se consolidam através de **indicadores** coletados na própria instituição (RAMOS e MIYAKE, 2010).

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reconhece que a organização hospitalar é considerada uma das mais complexas, tanto pela amplitude de sua missão, quanto pela composição por uma **equipe multidisciplinar** com elevado grau de autonomia para realizar a assistência preventiva, curativa e reabilitadora a pacientes internados, se tornando essencial um ambiente qualificado (JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

A qualidade se conceitua como um processo dinâmico, de constante e exaustiva operação, que visa identificar falhas na prática, e permanentemente buscar meios para solucioná-las. A **melhoria contínua da qualidade** impõe progressivamente os padrões, que se resulta de estudos e metas da instituição, buscando o aperfeiçoamento das atividades realizadas em âmbito hospitalar (FELDMAN et al., 2005).

Uma gestão de qualidade se preocupa com os **custos e gastos**, mas ao mesmo tempo antecipa-se aos prováveis defeitos e reclamações através da execução de medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados. O **trabalho e o espírito em equipe** se tornam totalmente necessário para o sucesso dessa gestão (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Devido ao complexo trabalho no âmbito hospitalar, existem obstáculos para a execução da política de qualidade em saúde. Nessa área torna se visível o fato de que a realização de procedimentos padronizados vai ao encontro da variabilidade da produção e dos seus produtos (GUEDES et al., 2005).

Faz se necessário então à **avaliação dos indicadores** de produtividade e da qualidade, visando à melhoria do desempenho de processos hospitalares e estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, seja eles humanos, materiais ou físicos (RAMOS e MIYAKE, 2010).

Na busca pela **excelência**, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** constituiu o **Núcleo da Qualidade (NQ)**, que atuará com intento de garantir a qualidade assistencial através da obediência a padrões previamente estabelecidos além de implementar uma abordagem com um eficiente conteúdo educativo, capaz de influenciar num processo de reflexão sobre a prática profissional voltada a padrões de excelência de desempenho, fazendo com que a equipe perceba e atue sobre os problemas, realizando as devidas correções dos processos de todos os setores da instituição.

Além de discutir e elaborar propostas de trabalhos relacionados à estruturação e execução do programa de qualidade, o NQ, disponibilizará meios de absorção, desenvolvimento e disseminação do programa de qualidade. Isso tudo assegurando a uniformidade de conceitos e métodos, coerentes com a **filosofia da qualidade**.

Neste contexto, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta a seguir as propostas relacionadas à busca pela **excelência** e à **qualidade** da assistência.

4.1 Proposta de Implantação de Protocolo de Cirurgia Segura/OMS

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta sua proposta, com objetivo de aumentar a segurança do paciente cirúrgico. Importante ressaltar que a proposta é baseada nas Orientações para Cirurgia Segura da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, que estabelece um consenso entre especialistas internacionais e que atualizam as informações técnicas sobre cirurgia segura através no mundo.

A meta do Desafio **“Cirurgias Seguras Salvam Vidas”** é melhorar a segurança da assistência cirúrgica por meio da definição de um conjunto de padrões de segurança. Segundo consenso de especialistas no assunto, a segurança nas práticas abrange quatro áreas: trabalho de equipe, anestesiologia, prevenção de infecção do sítio cirúrgico e mensurações dos serviços de saúde.

Os objetivos da equipe cirúrgica devem se apoiar nas orientações para cirurgia segura da OMS:

1. Operar o paciente certo e o local cirúrgico certo.
2. Usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. Reconhecer e estar efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. Reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. Evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. Utilizar sistematicamente, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. Impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. Manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. Comunicar efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação.
10. Estabelecer vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** considera que a implementação dessa proposta faz parte de uma atitude segura, movimento que deve ser disseminado e institucionalizado, pois a segurança constitui item primordial à qualidade. O uso do check-list envolve mudanças no sistema e no comportamento de toda equipe cirúrgica. Sendo assim, as tarefas e procedimentos devem se desenvolver antecipando e minimizando a possibilidade da ocorrência de erros.

A proposta deverá ser implantada inicialmente, num piloto com um ano de duração, incluindo reuniões de planejamento, elaboração e apresentação do protocolo local, capacitações e avaliação. Ressalta-se a importância da sensibilização dos médicos, para que todos entendam as vantagens e os benefícios da implantação do protocolo de cirurgia segura.

A implementação dessa proposta se insere na **Aliança Mundial para Segurança do Paciente**, da OMS.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Implementação do Protocolo de Cirurgia Segura (PCS)					
	Meses					
	01	02	03	04	05	06
Definição da equipe responsável pela implantação do PCS						
Reuniões de Planejamento						
Elaboração do Protocolo						
Apresentação do Protocolo						
Capacitações						
Implantação						
Avaliação						

4.2 Proposta de Humanização da Atenção

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe um conjunto de ações integradas que visam modificar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

Dentre seus principais objetivos, se encontram o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si e com a comunidade. Nesse sentido, valoriza a dimensão humana e subjetiva, e aponta para a reorganização hospitalar, com foco na modernização e dinamicidade, a fim de atender às necessidades de saúde.

A Política Nacional de Humanização se constitui a partir do seu documento base, que dispõe sobre o seu método, princípios, diretrizes e dispositivos, potencializando as experiências em saúde pública, bem como, enfrentando os seus principais limites e desafios. Portanto, a PNH, com seu caráter transversal permite que tais princípios, diretrizes e dispositivos se encontrem presentes nos diversos pontos de atenção à saúde.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, consciente da importância dessa Política em toda sua amplitude, trabalhará a **Proposta de Humanização da Atenção**, considerando-a como fator fundamental à qualidade da assistência prestada.

Considerando a PNH em todos os seus princípios e diretrizes, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende incentivar a participação dos colaboradores na elaboração da referida proposta, pois estes atores são os que mais conhecem as necessidades do serviço e a realidade local. Assim, apresenta os núcleos temáticos para a elaboração da proposta.

A **Proposta de Humanização da Atenção Hospitalar**, no princípio da **transversalidade**, deve se fazer presente e estar inserida em todos os pontos de atenção. Nesse sentido, deve busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, reduzindo o foco nas relações de poder hierarquizadas.

Outro princípio da PNH a ser observado na **Proposta de Humanização da Atenção** se refere à indissociabilidade entre a atenção e a gestão. Para isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.

Dessa maneira, há a **corresponsabilização** de todos os envolvidos nos processos, e a valorização do **protagonismo** e da **autonomia** dos sujeitos, que podem, e devem participar da produção de saúde.

Neste sentido, todos os pontos de atenção do **CHRDJC** serão discutidos, construídos e validados com as equipes.

A **Proposta de Humanização da Atenção**, baseada nas **Diretrizes da PNH**, abordará os seguintes aspectos:

Acolhimento

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** acredita que o acolhimento de colaboradores, pacientes, acompanhantes, visitantes e outros envolvidos nos processos de produção de saúde, constitui fator primordial à efetivação dos princípios da PNH. Para tanto, propõe a estruturação de linhas de humanização transversalizadas, com foco nos atores internos e externos.

A estratégia é oferecer a escuta qualificada aos colaboradores, fornecendo um ambiente democrático de produção do cuidado, acolhendo e cuidando inicialmente do trabalhador da saúde, sensibilizando-o para a humanização da atenção. A segunda linha de humanização prevê a valorização dos usuários como protagonistas da atenção à sua saúde, colocando a informação como preceito primordial à tomada de decisão.

Nessa linha, encontra-se o **Acolhimento com Classificação de Risco**, já trabalhado no item **Modelo de Atenção**.

Gestão Participativa e Cogestão

A inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão, bem como, a ampliação das tarefas de gestão prevê a organização de espaços que permitam a produção de movimentos, com o intuito de favorecer as mudanças necessárias.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se propõe a trabalhar com o **Colegiado Gestor**, conforme já descrito anteriormente, e enfatiza a criação do **Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)**, conforme Regimento a seguir.

4.2.1 Regimento interno do Grupo de Trabalho de Humanização

CAPÍTULO I

NATUREZA E OBJETIVOS

Artigo 1º - O **Grupo de Trabalho da Humanização – GTH** é de natureza técnico-científica permanente, criado na perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH) instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, e se regulamenta pelo presente Regimento Interno.

Artigo 2º - O **GTH** na convergência de saberes das ciências, humanidades e tecnologias, desenvolve conceitos e práticas de gestão e atenção à saúde que permitem a construção de uma cultura institucional voltada à valorização das pessoas, da cultura local e da qualidade do trabalho.

Artigo 3º - O **GTH** é um espaço coletivo, organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários, estudantes e trabalhadores, em conjunto com as diversas áreas do hospital.

Artigo 4º - O **GTH** adota os seguintes princípios para todas as práticas de atenção e gestão:

I - valorização da vida;

II – Valorização da cultura local;

III – compromisso com a qualidade do trabalho;

IV – valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas;

V – estímulo ao trabalho em equipe e à construção de redes cooperativas;

VI – estímulo à participação, autonomia e responsabilidade.

Artigo 5º - O **GTH** tem como objetivos:

I - desenvolver a cultura da humanização;

II – fazer diagnósticos de situação, propor iniciativas de humanização e fortalecer as iniciativas de humanização já existentes;

III - assessorar as diretorias do **CHRDJC** no estabelecimento de estratégias e mecanismos que tornem os serviços do hospital mais humanizados;

IV - reforçar a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico e ético;

V - valorizar o profissional da saúde e estimular a educação permanente;

VI - valorizar lideranças no direcionamento de ações de impacto sobre o capital humano;

VII - contribuir para a melhoria das relações de trabalho e da gestão;

VIII - desenvolver indicadores de resultados e incentivo ao proceder na vertente da humanização;

IX – promover a participação do **CHRDJC** na Rede Nacional de Humanização.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Seção I

Estrutura

Artigo 6º - O **GTH** terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

Artigo 7º - As indicações para integrar o **GTH**, deverão ser capacitadas para atuar no âmbito das Políticas de Humanização adotadas pelo hospital.

Artigo 8º - O **GTH** desempenhará suas funções contando com a participação dos vários setores do **CHRDJC**, inclusive formando grupos de trabalho para assuntos específicos - **GTHs** com pessoas das diversas áreas, conforme a natureza do trabalho a ser realizado, sempre que julgar necessário.

Seção II

Composição

Artigo 9º - O **GTH** terá a seguinte composição:

- Representante da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;
- Diretoria Geral / **CHRDJC**;
- Diretoria Técnica / **CHRDJC**;
- Diretoria Assistencial / **CHRDJC**;
- Representante da área Administrativa / **CHRDJC**;
- Representante da área de Enfermagem / **CHRDJC**;
- Representantes de Equipe Multidisciplinar/ **CHRDJC**;
- Representantes das Áreas de Apoio / **CHRDJC**.

Parágrafo único - Dentre as indicações efetuadas, o DIRETOR GERAL escolherá e promoverá as designações de Coordenador do **GTH** e o Coordenador fará a indicação do Vice-Coordenador.

Seção III

Competência

Artigo 10º - Compete ao **GTH**:

- I - Assessorar a Diretoria Geral do **CHRDJC** e empreender políticas institucionais para a humanização na assistência e no ensino, em benefício de usuários, estudantes e profissionais da saúde e do ensino;
- II - Elaborar plano de trabalho a partir da análise de indicadores institucionais frente às políticas para a humanização (no que se refere às suas competências e princípios), propondo ações específicas e conjuntas com as áreas responsáveis;
- III – Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços.

Seção IV

Atribuições

Artigo 11º - Ao Coordenador do **GTH** é atribuído dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da **GTH** e, especificamente:

I - Coordenar o **GTH** e as atividades/estratégias definidas no seu plano de trabalho para o período em exercício da coordenação;

II- instalar o **GTH** e presidir suas reuniões;

III - representar a **GTH** em suas relações internas e externas;

IV - promover a convocação das reuniões;

V - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Artigo 12º - Aos membros do **GTH** são atribuídos:

I – indicar os membros dos GTHes, quando for o caso, de acordo com os princípios e objetivos apresentados;

II - zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições do **GTH**;

III - comparecer às reuniões;

IV - desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Coordenador;

V – avaliar os projetos institucionais de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

Artigo 13º – Ao Apoio Administrativo do **GTH** é atribuído:

I - acompanhar as reuniões do **GTH**, assistir o Coordenador e os demais membros;

II - dar encaminhamento formal às deliberações do **GTH**;

III - preparar o expediente;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos aos critérios de prioridade determinados pelo **GTH**;

VI - enviar aos representantes do **GTH** cópia das atas aprovadas, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;

VII - apresentar ao **GTH**, na última reunião ordinária do ano, a proposta do calendário anual das reuniões ordinárias para o ano seguinte;

VIII - elaborar relatório semestral das atividades do **GTH**;

IX - lavrar e assinar as atas de reuniões do **GTH**;

X - providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

XI - encaminhar aos integrantes do **GTH** a pauta das reuniões;

XII - providenciar arquivo de documentos pertinentes.

CAPÍTULO III

FUNCIONAMENTO

Artigo 14º – O **GTH** terá como sede a sala de reuniões do **CHRDJC** onde se reunirá, ordinariamente, conforme cronograma anual de reuniões e, extraordinariamente, quando convocada pelo Coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Artigo 15º - A sequência das reuniões do **GTH** será a seguinte:

I - verificação da presença do Coordenador e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Coordenador;

II - votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

III - leitura e despacho do expediente;

IV - apresentação de assuntos relevantes por convidados externos;

V - organização da pauta da próxima reunião.

Artigo 16º - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados, e remetida aos membros por meio eletrônico para discussão.

Parágrafo único - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de cinco dias para as reuniões ordinárias e de três dias para as extraordinárias.

Artigo 17º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano e em caso de vacância, será solicitada a indicação de representante da área.

Artigo 18º - Os membros do **GTH** não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável que sejam dispensados nos horários de reunião, das outras obrigações no **CHRDJC**.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 19º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do **GTH**, a Diretoria Geral, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 20º - Os casos omissos e as dúvidas quanto a aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador do **GTH** e em grau de recurso pelo Diretor Geral.

Artigo 21º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta do **GTH**, por meio da maioria absoluta de seus membros e, submetido à apreciação do Diretor Geral.

Artigo 22º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Ambiência

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** preza pela reorientação do ambiente, a fim de estabelecer espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis. Assim, considera a importância de discussões e estudos relacionados à melhoria da qualidade do ambiente.

Clínica ampliada e compartilhada

A Clínica Ampliada constitui uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Dessa maneira, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se propõe a trabalhar essa diretriz, com ênfase na autonomia e a decisão compartilhada.

Valorização do trabalhador

Priorizando a valorização do trabalhador, ator principal do processo de produção da saúde, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende implementar, por meio do Desenvolvimento de Recursos Humanos, estratégias focadas na Educação Permanente, no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos e na qualificação para a tomada de decisão no ambiente laboral.

Defesa dos direitos dos usuários

A garantia dos direitos dos usuários será pautada na informação, sobre as condições de saúde e possibilidades terapêuticas, bem como nas possíveis consequências decorrentes da tomada de decisão.

Na admissão, os usuários receberão informações quanto às normas institucionais e na alta, será oportunizada a participação na **Pesquisa de Satisfação dos Usuários**.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Criação do Grupo de Trabalho de Humanização						
Elaboração do Plano de Trabalho						
Implementação de Alianças e das Ações Estratégicas						
Acompanhamento da execução dos serviços						

4.3 Modelo e Certificação de Qualidade

O Núcleo da Qualidade (NQ) da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** trabalhará no sentido de garantir a qualidade da assistência por meio da observância aos padrões previamente estabelecidos, com o intuito de certificar a qualidade dos serviços prestados.

Para alcançar um desempenho ótimo na prestação dos serviços nas instituições administradas pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, o NQ adotará métodos de monitoramento, avaliação e controle, com o desígnio de detectar contrafações e/ou oscilações negativas que comprometam a qualidade dos serviços prestados.

Seus membros serão responsáveis por planejar, monitorar, avaliar, diagnosticar e fiscalizar a qualificação dos procedimentos realizados, incluindo tanto a parte assistencial, como a administrativa.

O Modelo de Qualidade adotado pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** visa a acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Procedimento voluntário, periódico, reservado e sigiloso que avalia recursos institucionais e objetivos para garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Esses padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, o que define diferentes níveis de qualificação (ONA, 2010).

O NQ se reunirá quinzenalmente para discutir questões relacionadas ao desempenho institucional, bem como, planejar e programar ações relevantes à qualidade.

Periodicamente, serão realizadas auditorias internas na unidade administrada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com avaliação e registro das ações em qualidade. Os problemas identificados nas auditorias irão subsidiar um “Plano de Ação”, elaborado em parceria com os setores, onde esses responderão às seguintes perguntas:

- O que vai ser feito para resolver a problemática?
- Como será feito?
- Quando será feito?
- Quem vai fazer?
- Por que vai fazer?
- Onde será feito?
- Quanto vai custar?

Espera-se que as atividades desenvolvidas pelo NQ favoreçam o planejamento de atividades e a busca de melhorias alternativas com maior eficácia e menor custo operacional. Além disso, espera-se que o acompanhamento sistemático e a análise crítica dos resultados permitam a célere correção de erros e evitem o retrabalho, aumentando a segurança e a rapidez nas decisões, melhorando o sistema de gestão, por meio do controle consistente dos processos, e promova um bom clima organizacional.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** acredita que o trabalho pautado no alcance de metas reais, auxilie a melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da população; adapte-se o seu ambiente, através de recursos necessários para manter e desenvolver as atividades institucionais e garantir sua viabilidade; produza de forma integrada, onde os processos devem possibilitar a produção eficaz de serviços de qualidade; e mantenha valores e normas coletivas, produzindo o sentido e a coesão dentro da instituição, promovendo uma cultura organizacional, que envolva valores organizacionais e a qualidade de vida no trabalho. Neste sentido, o desenvolvimento das atividades do NQ qualificará as instituições administradas pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para a Acreditação, pois o futuro será das organizações certificadas e acreditadas. O alcance dessa meta possibilitará a quebra do paradigma da fragmentação da saúde, garantindo serviços resolutivos e que satisfaçam as necessidades dos pacientes. Na presente Proposta Técnica foi elaborada uma proposta de Acreditação Hospitalar.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Diagnóstico Organizacional					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões com as equipes						
Auditorias Internas						
Palestras de Sensibilização						
Diagnóstico Organizacional						
Avaliação						

4.4 Acompanhamento e Redução dos Custos Hospitalares

A troca de informações pode fornecer indicadores e tendências que auxiliam o diagnóstico e o tratamento. Com a informação sistematizada há redução de custos como eliminação do papel, agilidade nos processos, reutilização da informação e aumento geral da qualidade do atendimento, uso racional de antibióticos, giro de leitos otimizado.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** entende que este cenário estabelecido, as demais mudanças e o crescimento dos serviços oferecidos pelo hospital, só é possível gerenciar com a informatização de todos os processos e serviços, agilizando, assim, o acesso às informações e auxiliando nas tomadas de decisões.

Neste sentido elaborou e apresenta na presente proposta técnica um Projeto de Sistema de Gestão da Informação.

Os principais fatores de importância e relevância para a implantação de um Sistema de Gestão da Informação:

- Utilizar um Sistema de Gestão como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e qualidade na gestão de políticas públicas;
- Agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos, devido ao fato de se ter a informação centralizada, integrada e sistematizada;
- Utilização de recursos tecnológicos (equipamentos) que auxiliem nos processos, agilizando e influenciando na qualidade do atendimento direto à população.

O momento que estamos vivenciando é de mudanças e crescimento. Para isso, é de suma importância que a ferramenta de sistematização das informações que auxiliam nas tomadas de decisões seja eficiente e possa acompanhar essa expansão, a fim de racionalizar os recursos e garantir maior eficiência e qualidade na assistência prestada a população, assim como sua gestão.

O Sistema possui ferramentas que permitem o acompanhamento dos custos hospitalares e objetiva:

- Alcançar a excelência na gestão dos recursos através da implementação do Sistema de Gestão Hospitalar;
- Realizar efetiva economia de recursos financeiros significativos para a gestão, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão;

- Melhor atender os usuários do SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão;
- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;
- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão;
- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações;
- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento;
- Controlar de forma mais eficiente a assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos;
- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, gerando relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos;
- Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

O sistema apresenta como resultado a redução dos custos hospitalares.

A competitividade existente entre as empresas ligadas à área de saúde está diretamente relacionada com a capacidade de prover melhores serviços, com maior rentabilidade e menor custo. Sendo assim, o conhecimento dos custos é uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolvemos dois módulos (CUSTO PACIENTE e CUSTO HOSPITALAR) que fazem a apuração dos custos na instituição e:

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, por unidade de atenção, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados;
- O sistema emite diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc., e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS e no sistema de faturamento;
- O Sistema vai desenvolver articulação com o APURASUS.

Glosas e Repasses:

Esse módulo é responsável pela análise e gerenciamento, permitindo a identificação das glosas e o acompanhamento das negociações destas. Além disso, possibilita que, por meio da criação de regras feitas pelo próprio usuário no sistema, sejam gerenciados os repasses aos médicos e serviços terceirizados, com base na produção ou no recebimento, evitando pagamentos duplos ou incorretos.

Este módulo permite também o Controle de glosas por fatura, procedimento e conta; a Integração das glosas apresentadas com os relatórios de repasses; o Recurso de glosas com justificativas e a Integração com o Sistema Financeiro.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe ainda a articulação com o Grupo de Economia em Saúde da SES/PB, APURASUS, no processo de acompanhamento e redução dos custos hospitalares.

Ressaltamos que o projeto já se encontra aportado na presente proposta técnica.

4.5 Regulamentos e Regimentos dos Serviços

4.5.1 Regulamento de Contratação de Pessoal

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º – Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas unidades assistenciais da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

Artigo 2.º – O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPÍTULO II DO PROCESSO DE SELEÇÃO

Título I – Das Competências

Artigo 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - aos Gerentes e Coordenadores das unidades assistenciais:

- a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
- b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;
- c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - à área Recursos Humanos das unidades assistenciais:

- a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal;
- b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Título II - Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I

Da Requisição de Pessoal

Artigo 4º – O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação de Gerentes e Coordenadores das unidades assistenciais, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

Parágrafo Primeiro. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

Parágrafo Segundo. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

Parágrafo Terceiro. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

I - Substituição de um colaborador;

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Artigo 5º – O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Artigo 6º – O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa: os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações:

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário;

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos;

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa: os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa: os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e realizarem exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Artigo 7º - As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a contratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

CAPÍTULO III

DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Artigo 8º - A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 12 meses entre o desligamento e a readmissão.

Parágrafo Primeiro. Caso a readmissão seja para um serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado também pelo novo requisitante bem como possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo.

Parágrafo Segundo. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Diretoria.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 9º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Artigo 10º - Todo o processo de que se trata este Regulamento incluindo Recrutamento e Seleção, poderá ser excepcionalmente dispensado, desde que em período considerado de Transição, determinado em até 90 dias da assinatura do Contrato.

Artigo 11º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

4.5.2 Regulamento Institucional de Compras, Contratação de Obras e Serviços

REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

O Conselho de Administração da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, qualificada como Organização Social, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, estabelece e determina o presente Regulamento de Compras e Contratações de Obras e Serviços que passará a vigorar para os casos de Contrato de Gestão, Convênios e demais contratações.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º – Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** na realização de compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, e locações, destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais da entidade.

Parágrafo único. Este Regulamento aplica-se a todos os dispêndios financeiros da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, inclusive os realizados por unidades descentralizadas.

Artigo 2º – Todos os dispêndios feitos pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Artigo 3º – O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo 2º, a mais vantajosa para a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 4º – Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Parágrafo único: Todo o processo de que se trata este Regulamento incluindo a coleta de preços, poderá ser excepcionalmente dispensado, desde que em período considerado de Transição, determinado em até 90 dias da assinatura do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO II

DAS COMPRAS

Artigo 5º – Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades da entidade com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III

DAS OBRAS

Artigo 6º – Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno.

CAPÍTULO IV

DOS SERVIÇOS

Artigo 7º – Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V DAS LOCAÇÕES

Artigo 8º – Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI DOS PROCEDIMENTOS

Seção I

Da Qualificação

Artigo 9º – A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, dentro do prazo de validade:

- I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- II. Inscrição Estadual;
- III. Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;
- IV. Autorização de Funcionamento Municipal;
- V. Comprovante de Contribuintes Municipal - CCM.

Seção II

Das Solicitações

Artigo 10º – Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Artigo 11º – As solicitações de materiais deverão ser emitidas pelo responsável pelo setor interessado, ao constatar a necessidade de material, emitindo solicitação ao Diretor Administrativo para que este encaminhe o memorando de compras para autorização.

Parágrafo primeiro - No memorando de solicitação de compras, o Diretor Administrativo solicita autorização para aquisição do material de consumo, equipamento, material permanente; justificando sua necessidade e fazendo juntar, em anexo, projeto básico ou memorial descritivo contemplando relação dos bens com, pelo menos, os seguintes elementos: **especificação** detalhada, **padrão de qualidade e desempenho, unidade de fornecimento, quantidade**, e ainda, se necessário: condições de fornecimento, garantia, instalação, adequação a normas de padronização, acessórios ou itens inclusos, entre outras considerados necessários.

Parágrafo segundo - Deve ser emitido um memorando para cada grupo de material, tais como: material de consumo para laboratório; material de expediente; material de distribuição de consumo para setor médico-odontológico; material de consumo - suprimentos de informática; material de consumo - manutenção elétrica e hidráulica; material de consumo – peças de reposição para equipamentos de refrigeração; equipamento de refrigeração para climatização de ambiente; equipamento de informática para área de ensino; equipamento de informática para área administrativa; equipamento para laboratório; equipamento hospitalar; entre outros.

Artigo 12º – As solicitações de serviços deverão ser feitas pelo responsável pelo setor interessado, constatando a necessidade de contratação de um serviço avulso ou continuado, emitindo solicitação justificando a necessidade ao Diretor Administrativo para que este encaminhe o memorando de contratação para autorização.

Parágrafo único. O memorando de solicitação de serviço deve solicitar autorização para contratação de pessoa jurídica ou física para a prestação do serviço almejado, justificando a necessidade do gasto e fazendo juntar, em anexo, projeto básico ou memorial descritivo contemplando, pelo menos, os seguintes aspectos: **especificação** detalhada, **padrão de qualidade e desempenho, unidade de fornecimento, quantidade**, e ainda, se necessário: condições de fornecimento, garantia, instalação e adequação às normas de padronização, entre outros considerados necessários.

Artigo 13º – A descrição do objeto deve contemplar especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro – É vedado a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo – Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro – Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente. No caso de obra ou serviço de engenharia é imprescindível a participação circunstanciada de engenheiro; para equipamento e suprimento de informática, de analista de sistemas; equipamento e material de laboratório, do Coordenador do Laboratório; equipamento e material médico hospitalar, do médico coordenador do setor.

Seção III

Da Coleta de Preços

Artigo 14º – A coleta de preço, para fins de estimativa, poderá ser realizada por correio eletrônico (e-mail) ou fax, com a participação de, no mínimo, 3 (três) fornecedores, ou ser obtida por meio de contratos de objeto similar, celebrados com órgãos ou entidades públicas ou privadas, inclusive do terceiro setor, ou preços de itens registrados em atas.

Parágrafo Primeiro – O sistema de coleta de preços será dispensado nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor que represente 50% do número de pedidos emitidos mensalmente pela unidade solicitante.

Parágrafo Segundo - Considera-se de urgência a contratação:

I – do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização;

II – da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros;

III- de fornecedores de bens e serviços, desde que motivado;

IV – outras situações devidamente justificadas.

Parágrafo Terceiro- No caso de configurada urgência de contratação do parágrafo anterior, poderá haver coleta de preços, por telefone, desde que devidamente registrado a hora, o estabelecimento consultado e o nome do empregado que ofereceu os preços, devidamente registrados no processo de contratação¹.

Artigo 15º – A melhor oferta será apurada considerando-se o menor preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Artigo 16º – A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Seção IV

Da Instrução dos Processos Administrativos

Artigo 17º – Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras deverá conter o Memorando de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Memorando de Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Diretor Administrativo da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

¹ JACOBY FERNANDES, Jorge Ulisses. *Contratação direta sem licitação: dispensa de licitação: inexigibilidade de licitação: comentários às modalidades de licitação, inclusive o pregão: procedimentos exigidos para a regularidade da contratação direta*. 9. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2011. 796 p. (Coleção Jacoby de Direito Público; v.6). ISBN 978-85-7700-426-3. 484. Havendo outras empresas do mesmo ramo em que a associação se propõe a prestar os serviços, não será difícil o confronto dos preços, mediante pesquisa que poderá ter o caráter de razoável informalidade. No próprio processo de contratação, um servidor da Administração lançará os preços obtidos em **uma pesquisa que poderá ser feita até por telefone**, tendo-se a cautela de identificar a empresa e o empregado responsável pela informação prestada, bem como, dia e hora em que foi realizado o contato. Se possível, juntará algum orçamento por escrito. Esses elementos são imprescindíveis e constituem exigência legal.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Artigo 18º – Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado a Seção de Compras e Suprimentos da Unidade Solicitante que abre, instrui e o encaminha para o Presidente da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** autorizar a tramitação pelos setores envolvidos no Instituto.

Artigo 19º – Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas, quando necessário, da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

- I- direta, isto é, por dispensa ou inexigibilidade, em casos e condições específicas; ou
- II- por Cotação de Preços, em modalidade adequada.

Seção V

Das Fases

Artigo 20º – Os processos de compra serão divididos em duas fases:

I – Fase de abertura, que compreende:

- a) o encaminhamento dos autos, pelo Diretor Administrativo, com as devidas justificativas, para a Seção de Compras e Suprimentos;
- b) a conferência, pelo Almoxarifado, da ausência do material pedido no estoque;
- c) a abertura, instrução e encaminhamento, pela Seção de Compras e Suprimentos da Unidade Solicitante, ao Presidente, para tramitação pelos setores envolvidos na **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

II- Fase específica, que consiste:

- a) no encaminhamento, pelo Presidente, para os procedimentos de compras ou contratação de obras e serviços de acordo com projeto básico ou memorial descritivo pelo interessado e instruído pela Seção de Compras e Suprimentos;
- b) na análise e emissão de parecer, pela Área Jurídica, acerca do processo, sugerindo, eventualmente, modificações a fim de adequá-lo à legislação;
- c) na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas, quando necessário;
- d) no encaminhamento, pelo Setor de Compras, para procedimentos de compra direta ou cotação de preços, inclusive eletrônica, de, no mínimo, 3 (três) fornecedores e indicação daquele que ofertou o bem ou serviço de menor preço.
- e) na homologação, pelo Presidente, do resultado da cotação ao fornecedor que ofertar o bem ou serviço com as condições da Cotação de Preços;
- f) na conferência, pelo Almojarifado e/ou Setor Solicitante, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços, e
- g) no encaminhamento, pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI

Do Recebimento e Atestado de Execução

Artigo 21º – Todo material adquirido será entregue no Almojarifado, onde permanecerá à disposição do interessado.

Artigo 22º – No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto a laudo de profissional competente, quando necessário.

Artigo 23º – Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Artigo 24º – Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, deverão ser entregues diretamente ao Interessado, na presença do Coordenador do Almoxarifado, servidor vinculado a essa coordenação, ou outro servidor designado.

Parágrafo único – Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o interessado atesta a Nota Fiscal e a encaminha imediatamente ao Almoxarifado, a fim de que seja processada a entrada do material, a respectiva incorporação do bem ao acervo patrimonial e o pronto encaminhamento ao Diretor Administrativo para enviar à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para pagamento ao fornecedor.

Artigo 25º – No caso de serviços avulsos, a entrega será diretamente ao Interessado que, após a conclusão, nos padrões de qualidade e desempenho circunstanciados no memorando de solicitação, atestará a Nota Fiscal de Serviço e a encaminhará imediatamente ao Diretor Administrativo para enviar à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, a fim de que seja procedido o pagamento ao fornecedor.

Artigo 26º – Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Almoxarifado.

Parágrafo único – O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Artigo 27º – O recebimento definitivo do equipamento pelo almoxarifado dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 28º – Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Artigo 29º – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

4.5.3 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

O Gerente de Enfermagem do **CHRDJC**, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de buscar a otimização da qualidade dos serviços, oferecendo maior humanização e conforto no atendimento ao usuário e estabelecendo melhor definição da responsabilidade sobre o resultado final reorganiza a área assistencial de enfermagem nos termos deste Regimento.

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Artigo 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas auxiliares;
- II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;
- III. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;
- IV. Promover a elevação do padrão profissional;
- V. realizar treinamento do pessoal em serviço;
- VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;
- VII. Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento do **CHRDJC**, normas e rotinas técnicas em vigor;
- IX. Ter como norma de serviço o código de deontologia de enfermagem e a regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO II

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço de Enfermagem faz parte da Gerência de Enfermagem, estando diretamente subordinado à Direção de Atenção à Saúde e será chefiado por enfermeiro nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região e terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço de Enfermagem constitui-se da Gerência de Enfermagem e das seções a serem definidas durante o Planejamento Estratégico a ser realizado nos primeiros 30 dias de parceria. As seções abaixo já definidas:

- I. Seção de Pronto Atendimento;
- II. Seção de Clínica Médica;
- III. Seção de Clínica Cirúrgica;
- IV. Seção de Ambulatório;
- V. Seção de Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização;
- VI. Seção de Unidade de Terapia Intensiva;
- VII. Seção de Oncologia.

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º - O pessoal do Serviço de Enfermagem se atribui pelos seguintes cargos e funções:

- I. Enfermeiro – Gerente;
- II. Enfermeiro – Chefe de Seção;
- III. Enfermeiro Assistencial;
- IV. Técnico de enfermagem.

Artigo 5º - Ao Gerente de Enfermagem atribui-se:

- I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. Executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços que lhe são subordinados e à disciplina do pessoal;
- III. Selecionar, distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal da enfermagem, definindo seus deveres e estabelecendo linhas de responsabilidade;
- IV. Analisar e avaliar a padronização das técnicas de trabalho, submetendo-as à aprovação superior;
- V. Orientar e cooperar nos programas de educação continuada em serviço;
- VI. Convocar e presidir reuniões com o pessoal de enfermagem;
- VII. Prever e opinar sobre a compra do material e equipamentos;
- VIII. Prever medidas que assegurem o melhor entrosamento e boa coordenação com os demais serviços, divisões, seções e serviços do **CHRDJC**;
- IX. Promover programas de higiene e segurança do trabalho, de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- X. Favorecer o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa científicas, devidamente aprovadas;
- XI. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do **CHRDJC**;
- XII. Comunicar a CIRAS, os casos de notificação compulsória;
- XIII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XIV. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XV. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XVI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o **CHRDJC** como campo de residência e estágio;

XVII. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XVIII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;

XIX. Aplicar normas de biossegurança;

XX. Executar outras atividades afins;

XXI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Artigo 6º - As Chefias de Seção de Enfermagem atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Participar de reuniões multidisciplinares;

III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;

IV. Encaminhar mensalmente ao Serviço de Enfermagem a escala de serviço, bem como ao serviço de nutrição e portaria;

V. Estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;

VI. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;

VII. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual para a unidade;

VIII. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;

IX. Manter guarda e controle de psicotrópicos e entorpecentes mediante cautela interna;

X. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;

XI. Manter arquivo sistematizado e atualizado dos manuais de funcionamento de equipamentos disponíveis na unidade;

XII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, e encaminhar ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;

- XIII. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem, bem como, de outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
- XIV. Prever e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;
- XV. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
- XVI. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
- XVII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;
- XVIII. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;
- XIX. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;
- XX. Testar e emitir parecer técnico sobre materiais e equipamentos a fim de subsidiar a aquisição dos mesmos, assim como, orientar local de instalação, utilização e conservação destes;
- XXI. Participar da previsão de materiais e equipamentos para a unidade;
- XXII. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;
- XXIII. Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores;
- XXIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
- XXV. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
- XXVI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XXVII. Elaborar o mapa diário de cirurgias de acordo com o quadro de distribuição de salas cirúrgicas e especialidades
- XXVIII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XXIX. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de estágio;

- XXX. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- XXXI. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
- XXXII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;
- XXXIII. Aplicar normas de biossegurança;
- XXXIV. Executar outras atividades afins;
- XXXV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Artigo 7º - Ao Enfermeiro Assistencial atribuem-se:

- I. Supervisionar a área e equipe sob sua responsabilidade e executar ações e serviços assistenciais de enfermagem;
- II. Manter a unidade de trabalho organizada;
- III. Programar as atividades diárias que serão executadas na unidade, fiscalizando e orientando sua execução;
- IV. Cooperar com a equipe multiprofissional, facilitando-lhe o desempenho de suas atividades assistenciais e educação continuada;
- V. Substituir o enfermeiro chefe de seção em seus impedimentos quando designado;
- VI. Colaborar com os responsáveis das diversas seções de enfermagem na resolução de problemas;
- VII. Observar e cobrar e manter a ética profissional de todo o pessoal em serviço a fim de assegurar um ambiente harmonioso;
- VIII. Fazer relatórios e registrar dados estatísticos das atividades desenvolvidas na unidade;
- IX. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;

- X. Elaborar escala diária de técnicos e auxiliares de enfermagem;
- XI. Encaminhar pacientes para exames internos e externos;
- XII. Prescrever cuidados diários pertinentes à condição do paciente;
- XIII. Zelar pelo patrimônio da unidade;
- XIV. Organizar e conferir diariamente material de emergência;
- XV. Admitir os pacientes na enfermaria;
- XVI. Orientar pacientes na alta hospitalar;
- XVII. Evoluir diariamente todos os pacientes;
- XVIII. Realizar visitas beira-leito em cada turno de trabalho.

Artigo 8º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

- I. Colaborar com os enfermeiros nos trabalhos da unidade, praticando sob orientação os cuidados de enfermagem que lhe são atribuídos;
- II. Executar atividades de assistência de enfermagem, exceto as privativas ao enfermeiro;
- III. Integrar a equipe de saúde;
- IV. Cooperar com o serviço, facilitando o desempenho de atividades assistenciais, pesquisa, ensino e educação;
- V. Participar da execução de programas práticos de ensino e treinamento;
- VI. Zelar pelo uso correto de materiais e equipamento de sua seção;
- VII. Desempenhar tarefas afins.

Artigo 9º - O Presente Regimento será aprovado após discussão e apreciação coletiva dos membros da Gerência de Enfermagem do **CHRDJC**.

4.5.4 Proposta para Regimento do Corpo Clínico

Regimento Interno do Corpo Clínico do CHRDJC

O Corpo Clínico do **CHRDJC**, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de buscar a otimização da qualidade dos serviços, oferecendo maior humanização e conforto no atendimento ao usuário e estabelecendo melhor definição da responsabilidade sobre o resultado final reorganiza a área assistencial médica nos termos deste Regimento.

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS

Artigo 1º - O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações da **CHRDJC** para o exercício de suas atividades profissionais.

Artigo 2º - O Corpo Clínico do **CHRDJC** é formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Artigo 3º - O Corpo Clínico do **CHRDJC** tem os seguintes objetivos:

I. Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estímulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.

II. Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais do **CHRDJC**, do conhecimento de toda a infraestrutura que o **CHRDJC** pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes.

III. Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas e esclarecimentos legais.

IV. Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.

V. Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecidas pela administração.

VI. Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Artigo 4º - O Corpo Clínico do **CHRDJC** obedece a este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe à execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

Artigo 5º - O Corpo Clínico do **CHRDJC** compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I – MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

II – MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção do **CHRDJC** para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III – MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no **CHRDJC**, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV – MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades no **CHRDJC** a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

CAPÍTULO IV

ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

Artigo 6º - Os Órgãos do Corpo Clínico são:

- I – Diretoria Técnica de Saúde (Médico);
- II – Diretoria Clínica (Médico);
- III – Comissão de Ética Médica;
- IV – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- V – Comissões Permanentes ou Temporárias;
- VI – Médicos do **CHRDJC**.

CAPÍTULOS V

COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS

Artigo 7º - Compete à Diretoria Técnica:

- I – Administrar todas as atividades próprias do **CHRDJC** em colaboração com os órgãos respectivos de cada área;
- II – Assumir a responsabilidade técnica do **CHRDJC** e representá-lo junto às autoridades, conforme a legislação;
- III – Tomar ciência e desencadear as medidas para implantações das recomendações emanadas dos Órgãos do Corpo Clínico, da Legislação e das Entidades Médicas;

IV – Planejar, organizar e dirigir administrativamente as clínicas, serviços e unidades do **CHRDJC**, determinando a destinação de recursos físicos, financeiros e humanos, assegurando condições dignas de trabalho para melhorar o desempenho do corpo clínico, em benefício dos pacientes usuários da instituição;

V – Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

VI – Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

Artigo 8º - Compete à Diretoria Clínica:

I - O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 02 (dois) anos, podendo ser reeleito;

II - O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade do **CHRDJC** e permanentemente a disposição do mesmo.

Parágrafo único - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

I – Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros;

II – Assessorar o Coordenador Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades e serviços do **CHRDJC**;

III – Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa;

IV – Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração;

V – Supervisionar as execuções das atividades de Assistência Médica da Instituição;

VI – Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição;

VII – Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa do **CHRDJC** em face dos postulados e éticos, médicos e morais;

VIII – Permanecer no **CHRDJC** no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

Artigo 9º - DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Artigo 10º - SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

Tem por objetivo manter e avaliar um Programa de Controle de infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, atendendo à Portaria MS/Nº 2.616/98.

Artigo 11º - As Comissões Temporárias ou Permanentes serão formadas por indicação da Diretoria Técnica de comum acordo com a Diretoria Clínica, levando-se em consideração a qualificação dos profissionais escolhidos, bem como a disponibilidade dos mesmos e compreendem a presença de um membro Presidente e pelo menos 04 (quatro) membros integrantes. O mandato inicial destas comissões será de **02 (dois)** anos, podendo cada membro permanecer no mandato seguinte, de acordo com a disponibilidade e reavaliação da eficácia dos mesmos.

CAPÍTULO VI

INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 12º - Para ingressar no Corpo Clínico do **CHRDJC**, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I – Estar devidamente registrado junto ao CRM – PB, apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM);

II – Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM (apresentar cópia anualmente até o mês de Abril de cada ano);

2 – Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:

2.1 Diplomas (cópia autenticada frente e verso);

2.2 Títulos (cópia autenticada);

2.3 Curriculum Vitae resumidos.

IV – Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas do **CHRDJC**;

V – Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VI

INFRAÇÕES

Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

I – Desrespeitar o Regimento Interno;

II – Desrespeitar as Normas Administrativas internas, disciplinadas no Regime e Regulamento do **CHRDJC**;

III – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética;

IV – Cometer crime nas dependências do **CHRDJC**, relacionado ou não ao atendimento ao doente;

V – Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação;

VI – Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do **CHRDJC** e causar dano ao paciente;

VII – Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade;

VIII – Atuar com desídia no desempenho de suas funções;

IX – Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Artigo 13º - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

Parágrafo 1º - A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo 2º - Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM/PB, único órgão julgador da ética médica.

Parágrafo 3º - Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

Artigo 14º - AS PENALIDADES APLICÁVEIS AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO SÃO:

I – Advertência Verbal;

II - Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;

III – Suspensão temporária do Corpo Clínico;

IV– Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do **CHRDJC**, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM/PB nos casos de indício de infração de natureza ética.

Parágrafo 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

Parágrafo 3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

Parágrafo 4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

CAPÍTULO VII

DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 15º - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Frequentar o **CHRDJC** internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional;

II – Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas;

III – Auxiliar a administração do **CHRDJC** e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do **CHRDJC**, bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e da Instituição, respeitando o Código de Ética Médica;

IV – Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do **CHRDJC**;

VI – Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

Artigo 16º - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

- I – Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do **CHRDJC**;
- II – Conhecer e respeitar os Regimentos Internos e Regulamento do **CHRDJC**;
- III – Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo;
- IV – Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- V – Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;
- VI – Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente;
- VII – Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas;
- VIII – Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos;
- IX – Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestada na Instituição;
- X – Colaborar com as Comissões específicas da Instituição;
- XI – Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência;
- XII – Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do **CHRDJC**, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta;
- XIII – Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento;
- XIV - Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

CAPÍTULO VIII

DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS

Artigo 17º - O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

CAPÍTULO IX

DAS ASSEMBLÉIAS

Artigo 18º - O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução do CRM/PB.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 19º - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente, à aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Único – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 03 (três) Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

Artigo 20º - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

Artigo 21º - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do **CHRDJC** de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo 2º - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional (is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Artigo 22º - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do **CHRDJC**, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da instituição, ou mediante autorização destes.

Artigo 23º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

Artigo 24º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção Geral e Técnica do **CHRDJC**.

Artigo 25º - A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

4.5.4.1 Regimento Interno dos Plantonistas

CAPÍTULO I

DAS ATRIBUIÇÕES DOS PLANTONISTAS

Artigo 1º - Prestar assistência aos pacientes das unidades do **CHRDJC** procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos.

Artigo 2º - Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

Artigo 3º - Atender aos doentes de outras unidades do **CHRDJC** que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente.

Artigo 4º - Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico do plantão da mesma clínica.

Artigo 5º - Conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

Artigo 6º - Na ausência do médico assistente, conforme as circunstâncias, fornecer atestado de óbito de pacientes. No período diurno, o atestado de óbito deverá ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

Artigo 7º - Observar o Regimento Interno do Corpo Clínico do **CHRDJC** e o Regimento do Plantão.

Artigo 8º - Comparecer ao local para onde foi escalado, cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e, estando de plantão, não deixar o local de trabalho antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa.

Artigo 9º - O plantonista que receberá o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e, em caso de reincidência de atraso, por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades cabíveis.

Artigo 10º - Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição (crachá funcional).

Artigo 11º - O plantonista deverá se manter alcançável, durante todo o seu horário de plantão.

Artigo 12º - Proibido ao médico de plantão (de qualquer das clínicas), se ausentar do mesmo por qualquer tempo, sem deixar outro médico que esteja na Unidade, responsável pelo seu plantão, durante o período que necessitar se ausentar temporariamente, por motivo justificado.

CAPÍTULO II

DAS NORMAS COMPLEMENTARES

Artigo 13º - As escalas para atendimento nos plantões devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio da Chefia do Serviço e da Direção Técnica da Instituição.

Parágrafo Único – Fica vedado a substituição, do staff da clínica médica ou cirúrgica por outro plantonista (mesmo que este seja do quadro de funcionários do **CHRDJC**), em caráter permanente.

Artigo 14º - Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

Artigo 15º - A Escala dos médicos do plantão deverá permanecer afixada nos postos de enfermagem das unidades.

Artigo 16º - Nenhum paciente pode deixar de ser atendido pelo plantonista, em situações de urgência/ emergência.

Artigo 17º - É proibida a utilização das dependências do **CHRDJC** para tratar de assuntos particulares em detrimento ao atendimento de pacientes em espera.

Artigo 18º - Nenhum equipamento ou material hospitalar de propriedade do **CHRDJC** será de uso privativo de um profissional a não ser quando autorizado expressamente pela Diretoria Administrativa do **CHRDJC**, com o parecer por escrito do Diretor Clínico. Também, nenhum profissional poderá levar material de sua propriedade, para utilizá-lo na **CHRDJC**, sem autorização expressa da Diretoria Administrativa.

Artigo 19º - É vedada a remoção de qualquer equipamento da Instituição sem a prévia anuência da Diretoria Geral.

Artigo 20º - É proibido atender Representantes de Laboratórios no horário de plantão.

Artigo 21º - É dever de todo plantonista, comunicar ao setor competente, a existência de aparelhos ou equipamentos defeituosos ou em mau funcionamento, bem como falta de insumos e medicamentos no seu setor de trabalho.

Artigo 22º - São direitos dos membros plantonistas do Corpo Clínico:

- I. Exercer a profissão sem ser discriminado por religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, condição social ou opinião política;
- II. Solicitar providências à Diretoria Técnica quando houver condições inadequadas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário da Instituição.

Artigo 23º - As penalidades aplicáveis aos Membros plantonistas do Corpo Clínico são:

- I. Advertência reservada, verbal;
- II. Advertência por escrito;
- III. Solicitação de abertura de processo administrativo disciplinar;
- IV. Suspensão temporária de participação no Corpo Clínico;
- V. Exclusão definitiva do Corpo Clínico.

Artigo 24º - Ouvida a Comissão de Ética, compete à Diretoria Técnica e Geral a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - Havendo indícios de infração de natureza ética as penalidades aplicadas pela Instituição não eliminam a obrigatoriedade da análise do respectivo Conselho de Classe.

Artigo 25º - Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica do **CHRDJC**.

Artigo 26º - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico dos Plantonistas, conjuntamente com a Direção Geral e Técnica do **CHRDJC**.

Artigo 27º - A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

4.5.5 Proposta para Regimento do Serviço Social

CAPÍTULO I

DO OBJETO

Artigo 1º - O Serviço Social tem por finalidade:

- I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de Assistência Social;
- II. Cooperar e manter articulação com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;
- II. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;
- IV. Promover a elevação do padrão profissional;
- V. Realizar treinamento do pessoal em serviço;
- VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;
- VII. Prevenir e controlar sistematicamente a Infecção Hospitalar;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento do **CHRDJC**, Normas e Rotinas Técnicas em vigor;
- IX. Ter como norma de serviço o Código do Serviço Social e a Regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO II

DA POSIÇÃO

Artigo 2º - O Serviço Social faz parte da Diretoria de Atenção à Saúde, estando diretamente subordinado à referida diretoria e será chefiado por Assistente Social nos termos da Lei e inscrito no Conselho Regional de Serviço Social da respectiva região, terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Ao Serviço Social compete:

- I. Realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;
- II. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço Social;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no **CHRDJC**;
- V. Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no **CHRDJC** e na rede;
- VI. Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- VII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no **CHRDJC**;
- VIII. Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
- IX. Colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
- X. Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- XI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no **CHRDJC**;
- XII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIII. Promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
- XIV. Promover educação em saúde no **CHRDJC**;
- XV. Manter contato com a Diretoria de Atenção à Saúde da **CHRDJC** objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XVI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XVII. Ministrando cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;

XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no **CHRDJC**;

XIX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XX. Elaborar Manuais de Normas e Rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizados.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 4º - As sanções e punições disciplinares das chefias se darão de acordo com a Legislação Trabalhista, avaliação e solicitação do Assistente Social com base no Código de Ética e Deontologia e aplicabilidade através da Gerência de Recursos Humanos.

Artigo 5º - Compete à Direção Geral, apresentar o organograma institucional que possibilite visualizar a posição e/ou inserção do Serviço Social nas respectivas Unidades.

Artigo 6º - Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Geral da **CHRDJC**.

Artigo 7º - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pela Direção Geral e pela Direção Assistencial da **CHRDJC**.

Artigo 8º - A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

4.5.6 Proposta para Regimento do Serviço de Fisioterapia

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS

Artigo 1º - O Regimento Interno do Serviço de Fisioterapia visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos Fisioterapeutas que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

CAPÍTULO II DO OBJETO

Artigo 2º - O Serviço de Fisioterapia tem por finalidade:

- I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de Fisioterapia;
- II. Cooperar e articular com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;
- III. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;
- IV. Promover a elevação do padrão profissional;
- V. realizar treinamento do pessoal em serviço;
- VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;
- VII. Prevenir e controlar sistematicamente a Infecção Hospitalar;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da **CHRDJC**, Normas e Rotinas Técnicas em vigor;
- IX. Ter como norma de serviço o Código de Ética da Fisioterapia e a Regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO III

DA POSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço de Fisioterapia faz parte da Diretoria de Atenção à Saúde, estando diretamente subordinado a mesma e será chefiado por Fisioterapeuta nos termos da Lei e inscrito no Conselho Regional de Fisioterapia da respectiva região e terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Ao Serviço de Fisioterapia compete:

- I. Realizar estudo detalhado dos prontuários e exames complementares para tomada de decisões Fisioterapêuticas à beira leito;
- II. Buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo de paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da equipe de saúde do **CHRDJC** quando necessário;
- III. Reavaliar sistematicamente o paciente, para fins de reajuste ou alterações de condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as à dinâmica do **CHRDJ**²;
- IV. Garantir ao paciente sob sua atenção, o acesso a todo arsenal terapêutico disponível e efetivamente necessário ao restabelecimento de sua melhor qualidade de vida³;
- V. Informar ao cliente e/ou familiares quanto ao diagnóstico e ao prognóstico fisioterapêutico e objetivos do tratamento, salvo quando tais informações possam causar-lhe danos⁴;

² Com base no ARTIGO 2º da resolução COFFITO-80, (DOU Nº. 093 de 21/05/1987, seção I, página 7609).

³ Com base no ARTIGO 6º da Resolução COFFITO Nº. 123 de 19/03/1991 (DOU de 17/04/1991, seção I página 7120).

⁴ Com base no Inciso VII do ARTIGO 7º do Exercício Profissional – Do Código de Ética do Fisioterapeuta.

- VI. Induzir o processo terapêutico no paciente, dar alta Fisioterapêutica, utilizando o critério de reavaliação sucessiva que demonstre não haver alterações quanto à necessidade da comunidade destas práticas terapêuticas, comunicando a equipe médica⁵;
- VII. Realizar cinesioterapia global, visando funcionalidade, com retirada do leito e a deambulação precoce;
- VIII. Realizar Fisioterapia pneumofuncional objetivando prevenção ou melhora de quadro pulmonar;
- IX. Instalar suporte ventilatório quando necessário e solicitado;
- X. Participar integralmente das atividades interdisciplinares;
- XI. Promover orientação fisioterapêutica aos pacientes e familiares preparando-os para alta hospitalar, considerando fatores sociais, ambientais e culturais;
- XII. Apresentar-se ao trabalho no horário certo conforme escala, devidamente trajados e com crachás;
- XIII. Emitir relatórios ou parecer quando for solicitado;
- XIV. Manter, zelar e controlar os equipamentos fisioterapêuticos da unidade em que está locado;
- XV. Participar dos Protocolos de pesquisa na área de Fisioterapia e afins;
- XVI. Seguir os Procedimentos Operacionais Padrão e a rotina estabelecida para a unidade em que está locado;
- XVII. Realizar o registro, no prontuário acerca das atividades desenvolvidas e procedimentos realizados para manter a boa continuidade da assistência Fisioterapêutica, o controle e levantamento estatístico;
- XVIII. Registrar a produtividade diária para conhecimento da Chefia do Serviço de Fisioterapia;
- XIX. Comunicar a Chefia o não comparecimento o **CHRDJC**, no mínimo com seis horas de antecedência;

⁵ Com base no ARTIGO 1º da Resolução COFFITO-80, (DOU. Nº 093 de 21/05/77, seção 1 página 7609).

XX. Participar da prevenção de Infecção Hospitalar, promoção, tratamento e recuperação da saúde funcional do paciente aos seus cuidados;

XXI. Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração, não omitindo informações necessárias para continuidade do bom andamento fisioterapêutico;

XXII. Participar das reuniões agendadas pela Chefia;

XXIII. Manter discrição sobre fatos ocorridos com outros profissionais, bem como, fatos sigilosos de que tenha conhecimento, em razão de sua atividade profissional.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º - Ao Serviço de Fisioterapia atribui-se:

I. Zelar pelo comportamento ético e pela qualidade dos atendimentos Fisioterapêuticos prestados pelos membros da equipe;

II. Responsabilizar-se pela coleta, manuseio e apresentação dos dados estatísticos que possam servir de parâmetros para avaliação do serviço de Fisioterapia;

III. Analisar e emitir pareceres sobre Normas Técnicas sempre que necessário;

IV. Participar das reuniões do Conselho de Gestão Clínica semanalmente, ou extraordinariamente, quando solicitado pela Direção Geral ou Assistencial;

V. Supervisionar as atividades Fisioterapêuticas necessárias a um excelente serviço;

VI. Fazer mensalmente as escalas dos Fisioterapeutas, levando em consideração a carga horária estabelecida;

VII. Elaborar escala de férias anuais do serviço e encaminhar ao RH até o dia requerido;

VIII. Exibir relatório mensal sobre o desempenho do serviço, justificando, quando apresentar indicadores insatisfatórios, bem como sugerir mudanças;

IX. Buscar a integração entre os membros da equipe;

- X. Implementar ações que visem à redução dos custos com a manutenção no padrão de excelência da Assistência Fisioterapêutica;
- XI. Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico/científico através de reuniões mensais;
- XII. Incentivar a participação dos profissionais de Fisioterapia em eventos científicos locais e nacionais;
- XIII. Apresentar relatórios das atividades realizadas, bem como dos indicadores de qualidade e produtividade;
- XIV. Executar e estimular pesquisas;
- XV. Manter informada a equipe de Fisioterapia sobre decisões tomadas pela Direção, cumprir e fazer cumprir o que for determinado;
- XVI. Evitar distorções no serviço no que se refere à aplicação das Normas Institucionais, respeitando os princípios de igualdade, justiça, imparcialidade e impessoalidade nas decisões;
- XVII. Autorizar trocas de plantões, controlar folgas, férias, licenças e atestados médicos dos profissionais de fisioterapia;
- XVIII. Realizar recrutamento e seleções de profissionais de Fisioterapia para atuarem nas diversas áreas do **CHRDJC**;
- XIX. Colaborar com a Direção Geral do **CHRDJC**, visando melhorar, aperfeiçoar e desenvolver os trabalhos Técnicos e Administrativos;
- XX. Manter, preservar e controlar equipamentos Fisioterápicos;
- XXI. Solicitar manutenção e/ou compras de equipamentos Fisioterápicos nas áreas competentes e responsáveis;
- XXII. Fazer cumprir a obrigatoriedade do uso do crachá durante jornada de trabalho;
- XXIII. Manter as escalas de Fisioterapia sempre atualizadas com o horário de trabalho dos Fisioterapeutas, bem como das alterações realizadas;
- XXIV. Fornecer acesso às informações contidas no Regimento Interno de serviço, Regulamento Pessoal, aos membros da equipe de Fisioterapia;

- XXV. Distribuir o profissional Fisioterapeuta dentro da **CHRDJC** de acordo com a necessidade de cada setor, respeitando as limitações técnico-científicas de cada um, assim como provendo adequação às normas e recomendações vigentes;
- XXVI. Avaliar e julgar junto com a Direção Assistencial as irregularidades cometidas pelo profissional dentro do **CHRDJC**;
- XXVII. Supervisionar estágios curriculares na área de Fisioterapia e manter a continuidade da assistência e qualidade do serviço;
- XXVIII. Solicitar pagamento de hora extra, quando assim necessário, para manter a continuidade da assistência e qualidade do serviço;
- XXIX. Checar se os Procedimentos Operacionais Padrão e as atividades planejadas, organizadas e coordenadas estão sendo executadas;
- XXX. Participar das Comissões existentes, atividades desenvolvidas dentro do **CHRDJC** e/ou relacionados à Fisioterapia.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 6º - Compete à Direção Geral, apresentar o organograma institucional que possibilite visualizar a posição e/ou inserção do Serviço de Fisioterapia nas respectivas Unidades.

Artigo 7º - Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Geral do **CHRDJC**.

Artigo 8º - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pela Direção Geral e pela Direção Assistencial do **CHRDJC**.

Artigo 9º - A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

4.5.7 Proposta para Regimento do Serviço de Psicologia

CAPÍTULO I – DOS PRINCÍPIOS

Artigo 1º - O Regimento Interno do Serviço de Psicologia visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção psicológica que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - O Serviço de Psicologia tem por finalidade:

- I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de psicologia;
- II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;
- III. Propiciar ambiente adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;
- IV. Contribuir com o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;
- V. Contribuir com a prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- VI. Cumprir e fazer cumprir o regulamento do **CHRDJC**, normas e rotinas técnicas em vigor;
- VII. Ter como norma de serviço o código de psicologia e a regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Artigo 3º - O Serviço de Psicologia faz parte da Diretoria de Atenção à Saúde, estando diretamente subordinado a mesma e será chefiado por profissional psicólogo nos termos da lei, inscrito no Conselho Regional de Psicologia da respectiva região e terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO IV- DA COMPETÊNCIA

Artigo 4º - Ao Serviço de Psicologia compete:

- I. Realizar estudo sobre as demandas do Serviço de Psicologia no setor saúde;
- II. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço de Psicologia;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;
- V. Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;
- VI. Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades psicológicas dos pacientes;
- VII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;
- VIII. Colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
- IX. Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional e capacitação;
- X. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XII. Promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
- XIII. Promover educação em saúde no hospital;
- XIV. Manter contato com a Diretoria Assistencial de Saúde do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XV. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVI. Ministrando cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central;
- XVII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

- XVIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. Elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizados;
- XX. Oferecer apoio psicológico aos usuários e acompanhantes presentes em todas as clínicas do Hospital (internação, UTI; ambulatórios, pronto socorro e pronto atendimento, etc.);
- XXI. Oferecer assistência psicológica aos familiares de pacientes que evoluíram ao óbito;
- XXII. Oferecer assistência psicológica aos profissionais;
- XXIII. Contribuir na realização de pesquisa de satisfação do usuário após alta;
- XXIV. Realizar pesquisas de interesse do Serviço de Psicologia;
- XXV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 5º - As sanções e punições disciplinares das chefias se darão de acordo com a Legislação Trabalhista, com base no Código de Ética e Deontologia e aplicabilidade através da Gerência de Recursos Humanos.

Artigo 6º - Compete à Direção Geral, apresentar o organograma institucional que possibilite visualizar a posição e/ou inserção do Serviço de Psicologia nas respectivas Unidades.

Artigo 7º - Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Geral da **CHRDJC**.

Artigo 8º - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pela Direção Geral e pela Diretoria Assistencial do **CHRDJC**.

Artigo 9º - A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

4.6 Procedimentos de Compras de Materiais e Medicamentos

INTRODUÇÃO

Estas rotinas não têm a pretensão de esgotar as dúvidas acerca dos procedimentos organizacionais logísticos referentes a Materiais Médico Hospitalares e Medicamentos efetuados na unidade, mas esclarecer aos solicitantes as questões básicas relacionadas ao assunto e normatizar a operacionalização do processo.

OBJETIVO

Definir parâmetros do processo de aquisição de Materiais Médico Hospitalares e Medicamentos, visando à dinamização do processo; a racionalização dos trâmites; à eficácia das aquisições; e ainda, cumprir as determinações legais e atender as determinações do Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI.**

DEFINIÇÕES PRÉVIAS

ELABORAÇÃO DO PEDIDO

Todo processo administrativo de compras de Materiais Médico Hospitalares e Medicamentos se inicia e se fundamenta no memorando de compras e seus eventuais anexos. O êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido.

a) - Solicitação de Medicamento

O responsável pelo Setor de Almoxarifado e de Farmácia, verificando em seu planejamento a insuficiência e necessidade de aquisição de Materiais Médico Hospitalares medicamentos, a fim de manter as condições adequadas de atividade do setor, deve emitir um Memorando solicitando e informando a necessidade, devidamente justificado e com especificações e, encaminha para o Diretor Administrativo.

b) – Solicitação de Compras

O Diretor Administrativo emite Memorando de Solicitação de Aquisição contemplando a justificativa da aquisição, a especificação dos Materiais Médico Hospitalares e ou Medicamentos, encaminhado pelo responsável do Setor de Almoxarifado e ou Farmácia, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

c) – Autorização de Compras

O Diretor Geral recebe documento emitido pelo Diretor Administrativo contemplando a justificativa da aquisição, a especificação, encaminhado pelo setor solicitante, e autoriza a autuação (abertura) do processo de compra.

Depois de autorizado pelo Diretor Geral a abertura do processo, o mesmo é encaminhado a Matriz da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DO RECEBIMENTO DO PEDIDO

RECEBIMENTO DO PEDIDO

O recebimento dos materiais e medicamentos deverá contemplar a conferência dos mesmos, bem como dos documentos que instrui esse momento, a saber, notas fiscais. Após recebimento e conferência, os materiais e medicamentos, deverão ser registrados em instrumentos de controle e a seguir estocados.

O responsável pela farmácia ou o funcionário por ele determinado, deverá atestar e registrar as notas fiscais dos medicamentos recebidos.

Providenciar cópia das notas fiscais, para arquivo e encaminhar as originais para a Diretoria Administrativa e matriz da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DE ROTINA DA FARMÁCIA

O RT da farmácia deverá efetuar controle diário de estoque e informar, através de boletim interno, diariamente a condição de estoque a Direção Administrativa/SE.

Deverá também elaborar balancetes mensais para previsão de solicitação de compras, a serem entregues no 1º dia útil de cada mês a Diretoria Administrativa.

Conforme legislação, o RT da farmácia deverá manter atualizado o controle de medicamentos gerais e psicotrópicos.

4.6.1 Modelo de Padronização de Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – MEDICAMENTOS PSICOATIVOS			
	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE
1	5418	ÁCIDO VALPRÓICO OU VALPROATO DE SÓDIO CÁPS. /COMP. 250 MG	CAPS
2	2054	AMITRIPTILINA COMP. 25 MG	COMP
3	51522	BIPERIDENO, cloridrato COMP. 2 MG	COMP
4	5657	CARBAMAZEPINA COMP. 200 MG	COMP
5	51680	CETAMINA, cloridrato SOL. INJ. 57,67 MG / ML (EQUIVALENTE A 50 MG CETAMINA/ML)	F/A
6	50983	CLOBAZAM COMP. 10 MG	COMP
7	11076	CLONAZEPAN COMP. 0,5 MG	COMP
8	44664	CLONAZEPAN SOL.ORAL 2,5 MG/ML	FR
9	51693	CLORPROMAZINA, cloridrato COMP. 100 MG	COMP
10	51691	CLORPROMAZINA, cloridrato SOL. INJ. 5 MG/ML AMP. 5 ML	AMP
11	51694	CODEÍNA, fosfato + PARACETAMOL COMP. SULCADO 30 MG + 500 MG	COMP
12	51012	DEXMEDETOMIDINA / CLORETO DE SÓDIO 100MCG/ML AMP. 2 ML (PRECEDEX)	AMP
13	2043	DIAZEPAM COMP. SULCADO 10 MG	COMP
14	2045	DIAZEPAM COMP. SULCADO 5 MG	COMP
15	5424	DIAZEPAM SOL. INJ. 5 MG / ML AMP. 2 ML	AMP
16	5652	ETOMIDATO SOL. INJ. 2MG/ML AMP. 10 ML	AMP
17	51748	FENITOÍNA OU FENITOÍNA SÓDICA COMP. 100 MG	COMP
18	51749	FENITOÍNA OU FENITOÍNA SÓDICA SOL. INJ. 50 MG/ML AMP. 5 ML	AMP
19	2051	FENOBARBITAL COMP. 100 MG	COMP
20	2049	FENOBARBITAL SOL. ORAL 40 MG/ML	FR
21	45331	FENOBARBITAL, SÓDICO SOL. INJ. 200MG/ML AMP. 2 ML – EV	AMP
22	51753	FENTANILA, citrato SOL. INJ. 78,5 MCG (EQUIVALENTE A 50MCG DE FENTANILA/ML) F/A 10 ML	F/A
23	51752	FENTANILA, citrato SOL. INJ. 78,5 MCG/ML (EQUIVALENTE A 50MCG DE FENTANILA/ML) AMP. 2 ML	AMP
24	35298	FLUMAZENIL SOL. INJ. 0,1 MG /ML AMP. 5 ML	AMP
25	51754	FLUOXETINA, cloridrato CÁPS/COMP. 20 MG	CAPS
26	5427	HALOPERIDOL COMP. 1 MG	COMP
27	5428	HALOPERIDOL COMP. 5 MG	COMP
28	5429	HALOPERIDOL SOL. INJ. 5 MG/ML AMP.1 ML	AMP
29	5908	HALOTANO SOL. P/ INALAÇÃO FR. 100 ML	FR
30	6561	ISOFLURANO SOL. P/ INALAÇÃO FR. 100 ML	FR
31	51100	LORAZEPAM COMP. 1 MG	COMP

32	51846	MIDAZOLAM, cloridrato SOL. INJ. 5 MG/ML AMP. 10 ML	AMP
33	51844	MIDAZOLAM, cloridrato SOL. INJ. 5 MG/ML AMP. 3 ML	AMP
34	6564	MORFINA PARA RAQUI SEM CONSERVANTE SOL. INJ. 0,2 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
35	51847	MORFINA, sulfato SOL. INJ. 1 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
36	6566	MORFINA, sulfato SOL. INJ. 10 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
37	51852	NALOXONA, cloridrato SOL. INJ. 0,4 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
38	38068	PROPOFOL SOL. INJ. 10 MG/ML AMP 10 ML	AMP
39	51877	PROPOFOL SOL. INJ. 20 MG/ML SERINGA 50 ML	SER
40	51055	REMIFENTANIL, cloridrato PÓ P/ SOL. INJ. 2MG/ML	F/A
41	6825	SEVOFLURANO SOL. P/ INALAÇÃO FRASCO 250 ML	FR
42	51066	SUFENTANILA, citrato 50MCG/ML AMP. 1ML	AMP
43	61067	SUFENTANILA, citrato 5MCG/ML AMP. 2ML	AMP
44	51898	TIOPENTAL, sódico PÓ P/ SOL. INJ. 1 G	F/A
45	51069	TRAMADOL, cloridrato CÁPS. 50 MG	CAPS
46	51900	TRAMADOL, cloridrato SOL. INJ. 50MG/ML AMP. 1 ML	AMP

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – MEDICAMENTOS

	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE
1	5436	ACICLOVIR SÓDICO SOL. INJ. 250 MG	F/A
2	5635	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMP. 100 MG	COMP
3	5570	ÁCIDO AMINOCAPRÓICO COMP. 500 MG	COMP
4	5568	ÁCIDO AMINOCAPRÓICO SOL. INJ. 50 MG/ML FR 20 ML	F/A
5	5571	ÁCIDO FÓLICO COMP. 5 MG	COMP
6	5573	ADENOSINA SOL. INJ. 3 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
7	51505	ÁGUA PARA INJEÇÃO AMPOLA 10 ML	AMP
8	51503	ÁGUA PARA INJEÇÃO BOLSA 500 ML	BOLSA
9	51506	ALBENDAZOL COMP. MASTIGÁVEL 400 MG	COMP
10	35302	ALBUMINA HUMANA SOL. INJ. 200 MG/ML FR 50 ML COM EQUIPO	FR
11	5637	ALOPURINOL COMP. 100 MG	COMP
12	50977	ALTEPLASE PÓ P/ SOL. INJ. 500MG	F/A
13	51508	AMICACINA, SULFATO SOL. INJ. 250 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
14	16582	AMIDO HIDROXIETÍLICO SOL. INJ. 60 MG/ML BOLSA 500 ML	BOLSA
15	50975	AMINOFILINA 240 MG AMPOLA 10 ML	AMP
16	51509	AMIODARONA, CLORIDRATO COMP. 200 MG	COMP
17	51510	AMIODARONA, CLORIDRATO SOL. INJ. 50 MG/ML AMP. 3 ML	AMP
18	6539	AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO PÓ P/ SOL. INJ. 1 G + 200MG	F/A
19	6540	AMOXICILINA CÁPS. 500 MG	CÁPS
20	15952	AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO COMP. REV. 500 MG + 125 MG	COMP

21	51931	AMOXICILINA PÓ P/ SUSP. ORAL 50 MG/ML FR 150 ML	FR
22	51512	AMOXILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO SUSP. ORAL 50 MG + 12,5 MG/ML FR 75 ML	FR
23	51914	AMPICILINA + SULBACTAM PÓ P/ SOL. INJ. 1,5 G	F/A
24	51915	AMPICILINA + SULBACTAM PÓ P/ SOL. INJ. 3,0 G	F/A
25	51513	AMPICILINA, SÓDICA PÓ P/ SOL. INJ. 1 G	F/A
26	51916	ANFOTERICINA B PÓ P/ SOL. INJ. 50 MG	F/A
27	50979	ANLÓDIPINA, BESILATO COMP. 10MG	COMP
28	50978	ANLÓDIPINA, BESILATO COMP. 5MG	COMP
29	10923	ATENOLOL COMP. 100MG	COMP
30	10925	ATENOLOL COMP. 50MG	COMP
31	51515	ATRACÚRIO, BESILATO SOL. INJ. 10 MG/ML AMP. 2,5 ML	AMP
32	51517	ATROPINA, SULFATO SOL. INJ. 0,50 MG/ML AMP.1 ML	AMP
33	16401	AZITROMICINA COMP. 500 MG	COMP
34	50981	AZITROMICINA PÓ PARA SOL. INJ. 500 MG	F/A
35	5659	BACLOFENO COMP. 10 MG	COMP
36	51519	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO AEROSOL 250 MCG / DOSE	FR
37	51919	BENZILPENICILINA BENZATINA PÓ P/ SUSP. INJ. 1.200.000 UI	F/A
38	51921	BENZILPENICILINA POTÁSSICA PÓ P/ SOL. INJ. 5.000.000 UI	F/A
39	11266	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA PÓ P/ SUSP. INJ. 300.000 UI + 100.000 UI	F/A
40	8931	BICARBONATO DE SÓDIO SOL. 8,4% BOLSA 250 ML	BOLSA
41	51908	BICARBONATO DE SÓDIO SOL. INJ. 1 MEQ/ML OU 8,4% AMP 10 ML	AMP
42	8762	BISACODIL DRÁG. 5 MG	DRG
43	51523	BROMETO DE IPRATRÓPIO AEROSOL ORAL 0,02 MG/DOSE FR. 10 ML	FR
44	6655	BROMETO DE IPRATRÓPIO SOL. P/ INALAÇÃO 0,25 MG/ML FR 20 ML	FR
45	6647	BROMOPRIDA SOL. INJ. 5 MG/ML AMP 2 ML	AMP
46	5745	BROMOPRIDA SOL. ORAL 4 MG/ML FR 20 ML	FR
47	51527	BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO ISOBÁRICA SOL. INJ. 0,5% AMP 4 ML	AMP
48	51525	BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO + EPINEFRINA SOL. INJ. 0,5% + 1:200.000 UI FR/AMP. 20 ML	F/A
49	51526	BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO + GLICOSE SOL. INJ. 0,5% + 8% AMP. 4 ML	AMP
50	6557	BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO SOL. INJ. 0,5% FR/AMP 20 ML	F/A
51	5577	CAPTÓPRIL COMP. SULCADO 25 MG	COMP
52	5746	CARBONATO DE CÁLCIO COMP. 500 MG	COMP
53	51529	CARVÃO ATIVADO VEGETAL PÓ ENVELOPE COM 25 GRAMAS PARA USO ORAL	ENV
54	50984	CARVEDILOL COMP. 25MG	COMP
55	17913	CARVEDILOL COMP. 6,25MG	COMP
56	51530	CASPOFUNGINA, ACETATO PÓ P/ SOL. INJ. 50 MG	F/A

57	51531	CASPOFUNGINA, ACETATO PÓ P/ SOL. INJ. 70 MG	F/A
58	51532	CEFADROXILA CAPS. 500 MG	CAPS
59	51533	CEFADROXILA SUSP. ORAL 50 MG/ML FR 100 ML	FR
60	51534	CEFALOTINA, SÓDICA PÓ P/ SOL. INJ. 1 G	F/A
61	51535	CEFAZOLINA, SÓDICA PÓ P/ SOL. INJ. 1 G	F/A
62	51674	CEFEPIME, CLORIDRATO PÓ P/ SOL. INJ. 1 G	F/A
63	51675	CEFEPIME, CLORIDRATO PÓ P/ SOL. INJ. 2G	F/A
64	51678	CEFTAZIDIMA PÓ P/ SOL. INJ. 1G	F/A
65	51679	CEFTRIAXONA, SÓDICA PÓ P/ SOL. INJ. 1G – EV	F/A
66	6232	CETOCONAZOL COMP. 200 MG	COMP
67	51682	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO COMP. 500 MG	COMP
68	51910	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO SOL. P/ INFUSÃO 200 MG / 100 ML	BOLSA
69	51911	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO SOL. P/ INFUSÃO 400 MG / 200 ML	BOLSA
70	51007	CISATRACÚRIO, BESILATO SOL. INJ. 10MG/ML AMP. 2ML	AMP
71	31739	CLARITROMICINA PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG	F/A
72	5608	CLARITROMICINA COMP. 500 MG	COMP
73	51688	CLINDAMICINA, FOSFATO SOL. INJ. 150 MG/ML AMP. 4 ML	AMP
74	5580	CLONIDINA COMP. 0,100 MG	COMP
75	6797	CLOPIDOGREL COMP. 75 MG	COMP
76	5757	CLORETO DE POTÁSSIO COMP. 600 MG	COMP
77	5759	CLORETO DE POTÁSSIO SOL. INJ. 10% AMP. 10 ML	AMP
78	40232	CLORETO DE POTÁSSIO XAROPE 60 MG/ML FR 100 ML	FR
79	23650	CLORETO DE SÓDIO SOL. INJ. 0,9% BOLSA 100 ML	BOLSA
80	23652	CLORETO DE SÓDIO SOL. INJ. 0,9% BOLSA 500 ML	BOLSA
81	6649	CLORETO DE SÓDIO SOL. INJ. 20 % AMP. 10 ML	AMP
82	51011	COLAGENASE 0,6 UI/G TUBO 30 G	TB
83	51696	COMPLEXO COLOIDAL DE SACARATO DE FERRO SOL. INJ. DE FE III 2500MG EQUIVALENTE A 100MG DE FE III AMP. 5ML – EV	
84	29424	CONTRASTE IODADO NÃO IÔNICO DE BAIXA OSMOLARIDADE COM CONCENTRAÇÃO DE IODO IGUAL OU SUPERIOR A 300 MG/ML FRASCO COM 50 ML	FR
85	5883	DESLANOSÍDEO SOL. INJ. 0,2 MG ML AMP. 2 ML	AMP
86	5731	DESMOPRESSINA SOL. P/ NEBULIZAÇÃO 0,1 MG/ML FR. 2,5 ML	FR
87	8949	DEXAMETASONA COMP. 4 MG	COMP
88	9506	DEXAMETASONA SOL. OFT. 1 MG/ML FR 5 ML	FR
89	51697	DEXAMETASONA, ACETATO CREME 0,1 % TUBO 10 G	TUBO
90	51700	DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO SOL. INJ. 2 MG/ML AMP.1 ML	AMP
91	51699	DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO SOL. INJ. 4 MG/ML F/A 2,5 ML	F/A

92	51701	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO COMP. 2 MG	COMP
93	51702	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO XAROPE OU SOL. ORAL 0,4 MG/ML FR 120 ML	FR
94	25166	DIFENIDRAMINA SOL. INJ. 50 MG / ML AMP. 1 ML	AMP
95	5581	DIGOXINA COMP. 0,25 MG	COMP
96	51736	DIMENIDRINATO + GLICOSE + FRUTOSE + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA SOL. INJ. 3 MG/ML + 100 MG/ML + 100 MG/ML + 5 MG/ML AMP. 10 ML – EV	AMP
97	51737	DIPIRONA SÓDICA SOL. INJ. 500 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
98	51739	DOBUTAMINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 12,5 MG/ML AMP. 20 ML	AMP
99	51740	DOPAMINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 5 MG/ML AMP. 10 ML	AMP
100	51743	EFEDRINA, SULFATO SOL. INJ. 50 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
101	51014	ENALAPRIL, MALEATO COMP. 10 MG	COMP
102	51015	ENALAPRIL, MALEATO COMP. 20 MG	COMP
103	51016	ENOXAPARINA SÓDICA 20MG/ML SERINGA PRÉ-PREENCHIDA – SUBCUTÂNEA	SER
104	51017	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/ML SERINGA PRÉ-PREENCHIDA – SUBCUTÂNEA	SER
105	51018	ENOXAPARINA SÓDICA 60MG/ML SERINGA PRÉ-PREENCHIDA – SUBCUTÂNEA	SER
106	5584	EPINEFRINA, CLORIDRATO OU HEMITARTARATO SOL. INJ. 1 MG/ML, AMP. 1 ML	AMP
107	24634	ERTAPENEM SOL. INJ. 1 G	F/A
108	6555	ESCOPOLAMINA COMP. 10 MG	COMP
109	6556	ESCOPOLAMINA SOL. INJ. 20 MG/ML AMP.1 ML	AMP
110	5587	ESPIRONOLACTONA COMP. 100 MG	COMP
111	10980	ESPIRONOLACTONA COMP. 25 MG	COMP
112	5609	ESTREPTOQUINASE SOL. INJ. 1.500.000 UI	F/A
113	8472	ETANOLAMINA SOL. INJ. 50 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
114	51747	ETILEFRINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 10 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
115	8584	FENILEFRINA SOL. OFT. 10 %	FR
116	6703	FITOMENADIONA (VIT. K) SOL. INJ. 2 MG AMP 0,2 ML - EV	AMP
117	6704	FITOMENADIONA (VIT. K) SOL. INJ. 10 MG/ML AMP.1 ML	AMP
118	6551	FLUCONAZOL CÁPS. 150 MG	CAPS
119	5724	FLUCONAZOL SOL. INJ. 2 MG/ML BOLSA 100 ML	BOLSA
120	6807	FUROSEMIDA COMP. 40 MG	COMP
121	6808	FUROSEMIDA SOL. INJ. 10 MG/ML AMP. 2ML	AMP
122	51758	GENTAMICINA, SULFATO SOL. INJ. 40 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
123	5890	GLIBENCLAMIDA COMP 5 MG	COMP
124	49926	GLICERINA OU GLICEROL ENEMA SOL. 12% FRASCO 500 ML	FR
125	15954	GLICERINA SUPOSITÓRIO P/ ADULTOS	UM
126	51013	GLICLAZIDA COMP. DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 30MG	UM
127	51759	GLICONATO DE CÁLCIO SOL. INJ. 10% AMP.10 ML (0,45 MEQ/ML)	AMP
128	6652	GLICOSE SOL. INJ. 25% AMP. 10 ML	AMP

129	23658	GLICOSE SOL. INJ. 5% BOLSA 500 ML	BOLSA
130	6653	GLICOSE SOL. INJ. 50% AMP. 10 ML	AMP
131	51761	HEPARINA, SÓDICA SOL. INJ. 5.000 UI/0,25 ML – PARA USO SUBCUTÂNEO	AMP
132	6610	HEPARINA, SÓDICA SOL. INJ. 5.000 UI/ML F/A 5 ML – EV	F/A
133	51762	HIDRALAZINA, CLORIDRATO COMP. 25 MG	COMP
134	51763	HIDRALAZINA, CLORIDRATO COMP. 50 MG	COMP
135	51764	HIDRALAZINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 20 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
136	5613	HIDROCLOROTIAZIDA COMP. 25 MG	COMP
137	51766	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO PÓ P/ SOL. INJ. 100 MG	F/A
138	51767	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG EV	F/A
139	51768	HIDROXOCOBALAMINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 5.000 UI 3ML	AMP
140	16438	IBUPROFENO COMP. 600 MG	COMP
141	35301	IBUPROFENO SUSP. ORAL GOTAS 50 MG/ML FR 30 ML	FR
142	51769	IMIPENEM + CILASTATINA SÓDICO PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG + 500MG - EV	F/A
143	39055	IMUNOGLOBULINA HUMANA PÓ LIÓFILO OU SOL. INJ. I.V. 5,0 A 6,0 G COM EQUIPO	FR
144	12675	INSULINA HUMANA NPH SOL. INJ. 100UI/ML FRS 10ML	FR
145	6667	INSULINA HUMANA REGULAR SOL. INJ. 100UI/ML FRS 10ML	FR
146	17080	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E SÓDIO SOL. INJ. 350 MG/ML EM IODO FR 100 ML	F/A
147	51021	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E SÓDIO SOL. INJ. 350 MG/ML EM IODO FR 50 ML	F/A
148	5583	ISOSSORBIDA (DINITRATO) COMP. SUBLINGUAL 5 MG	COMP
149	17449	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) COMP. 20 MG	COMP
150	5616	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) SOL. INJ. 10 MG/ML AMP.1 ML	AMP
151	6576	IVERMECTINA COMP. 6 MG	COMP
152	51770	LACTULOSE XAROPE 667 MG/ML FR. 120 ML	FR
153	51772	LEVOFLOXACINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 500 MG BOLSA 100 ML	BOLSA
154	51771	LEVOFLOXACINA, CLORIDRATO COMP. 500 MG	COMP
155	44666	LEVOSIMENDAN 2,5MG/ML SOL. INJ. F/A 5 ML	F/A
156	8630	LEVOTIROXINA SÓDICA COMP. 100 MCG	COMP
157	11015	LEVOTIROXINA SÓDICA COMP. 25 MCG	COMP
158	51781	LIDOCAÍNA GLICOSE SOL. INJ. 5% - 7,5% AMP. 2 ML	AMP
159	51773	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO SOL. INJ. 2% FR/AMP. 20 ML	F/A
160	51779	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO + EPINEFRINA, HEMITARTARATO SOL. INJ. 2%+ 1:200.000 UI F/A 20 ML	F/A
161	6263	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO AEROSSOL 10%	FR
162	51775	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO GEL 2 % TUBO 30 G	TUBO
163	44731	LINEZOLIDA SOL. P/ INFUSÃO BOLSA 300ML	BOLSA
164	5878	LOPERAMIDA COMP. 2 MG	COMP
165	5588	LORATADINA COMP. 10MG	COMP

166	51022	LOSARTANA, POTÁSSICA COMP. 50MG	COMP
167	31729	MANITOL SOL. INJ. 20% BOLSA 250 ML	BOLSA
168	6669	MEROPENEM PÓ P/ SOL. INJ. 1G	F/A
169	5589	METFORMINA COMP. 850MG	COMP
170	7344	METILDOPA COMP. 500 MG	COMP
171	51783	METILPREDNISOLONA, SUCCINATO SÓDICO PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG	F/A
172	5615	METOPROLOL SOL. INJ. 1 MG/ML AMP. 5 ML	AMP
173	51023	METOPROLOL, SUCCINATO COMP. 50 MG	COMP
174	51835	METOPROLOL, TARTARATO COMP. 100 MG	COMP
175	5897	METRONIDAZOL COMP. 250 MG	COMP
176	51840	METRONIDAZOL GEL/GELÉIA VAGINAL 100 MG/G TUBO 50 G	TUBO
177	6625	METRONIDAZOL SOL. INJ. 500 MG BOLSA 100ML	BOLSA
178	47880	MINOXIDIL COMP. 10 MG	COMP
179	16585	MOXIFLOXACINA SOL. INJ. 400 MG	BOLSA
180	51854	NEOSTIGMINA, METILSULFATO SOL. INJ. 500 MCG/ML AMP.1 ML	AMP
181	5617	NIFEDIPINO COMP. 10 MG	COMP
182	5618	NIFEDIPINO COMP. 20 MG (LIBERAÇÃO RETARDADA)	COMP
183	280809	NIMODIPINA COMP. 30 MG	COMP
184	51857	NISTATINA CREME VAGINAL TUBO 60 G 100.000 UI/4G	TUBO
185	42865	NISTATINA SUSP. ORAL 100.000 UI/ML FRASCO 50 ML	FR
186	5620	NITROGLICERINA SOL. INJ. 5 MG/ML AMP. 5 ML	AMP
187	51929	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO PÓ PARA INFUSÃO 25 MG/ML AMP. 2 ML	F/A
188	51858	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO SOL. INJ. 2 MG/ML AMP. 4 ML	AMP
189	6706	OCITOCINA SOL. INJ. 5 UI/ML AMP. 2 ML	AMP
190	4982	OCTREOTIDA SOL. INJ. 0,1 MG/ML AMP.1 ML	AMP
191	5736	OCTREOTIDA SOL. INJ. 0,5 MG/ML AMP. 1 ML	AMP
192	6656	ÓLEO MINERAL ÓLEO PURO FR. 100 ML	FR
193	51861	OMEPRAZOL CÁPS. 20 MG	COMP
194	51862	OMEPRAZOL, SÓDICO PÓ P/ SOL. INJ. 40 MG	F/A
195	51864	ONDANSETRONA, CLORIDRATO SOL. INJ. 2 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
196	51865	OXACILINA, SÓDICA PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG	F/A
197	9516	ÓXIDO DE ZINCO + VIT. A + VIT. D POMADA 45 G	TUBO
198	51867	PANCURÔNIO, BROMETO SOL. INJ. 2 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
199	7346	PARACETAMOL COMP. 500 MG	COMP
200	51868	PARACETAMOL SOL.ORAL GOTAS 200 MG/ML FR. 15 ML	FR
201	6707	PASTA D'AGUA PASTA 10% 100 G	FR
202	7908	PENTOXIFILINA SOL. INJ. 20 MG/ML AMP. 5 ML	AMP
203	5901	PERMETRINA LOÇÃO 10 MG/ML FR. 60 ML	FR

204	51930	PIPERACILINA + TAZOBACTAM PÓ P/ SOL. INJ. 4,5 G	F/A
205	24869	POLIMIXINA B PÓ P/ SOL. INJ. 500.000 UI	F/A
206	51871	PRALIDOXIMA, MESILATO PÓ P/ SOL. INJ. 200 MG	F/A
207	6710	PREDNISONA COMP. 20 MG	COMP
208	6709	PREDNISONA COMP. 5 MG	COMP
209	6711	PROMETAZINA COMP. 25 MG	COMP
210	5595	PROMETAZINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 25 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
211	5624	PROPILTIOURACIL COMP. 100 MG	COMP
212	51878	PROPRANOLOL, CLORIDRATO COMP 40 MG	COMP
213	51880	PROTAMINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 10 MG/ML	AMP
214	47839	PROXIMETACAÍNA, CLORIDRATO SOL. OFTÁLMICA 0,5% FRASCO 5 ML	FR
215	51881	RANITIDINA, CLORIDRATO COMP. 150 MG	COMP
216	51882	RANITIDINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 25 MG/ML AMP. 2 ML	AMP
217	44805	RETINOL + METIONINA + CLORANFENICOL + AMINOÁCIDOS ACETAEIO DE RETINOL 10.000 UI + AMINOÁCIDOS 2,5% + METIONINA 0,5% + CLORANFENICOL 0,5% POMADA OFTÁLMICA 3,5G	TB
218	23660	RINGER SOLUÇÃO LACTATO SOL. INJ. BOLSA 500 ML	BOLSA
219	23689	RINGER SOLUÇÃO SOL. INJ. BOLSA 500 ML	BOLSA
220	990785	RIVAROXABANA COMPRIMIDO REVESTIDO 15MG	COMP
221	51886	ROCURÔNIO, BROMETO SOL. INJ. 10 MG/ML F/A 10ML	AMP
222	51057	ROPIVACAÍNA, CLORIDRATO 10 MG/ML FR 20ML	FR
223	51103	ROPIVACAÍNA, CLORIDRATO 2 MG/ML FR 20ML	FR
224	16470	SAIS DE ALUMÍNIO E MAGNÉSIO NAS APRESENTAÇÕES E CONCENTRAÇÕES DISPONÍVEIS NO MERCADO	FR
225	6698	SAIS P/ REIDRATAÇÃO ORAL PÓ P/ SOL. ORAL ENVELOPE P/ 1 LITRO	ENV
226	10635	SALBUTAMOL SOL. INJ. 0,5 MG/ML AMP.1 ML	AMP
227	51888	SALBUTAMOL, SULFATO AEROSOL 100 MCG/DOSE	FR
228	51889	SALBUTAMOL, SULFATO SOL. INALANTE 6MG/ML (EQUIVALENTE A 5MG DE SALBUTAMOL/ML)	FR
229	51059	SIMETICONA EMULSÃO ORAL GOTAS 75MG/ML FR. 15ML	FR
230	5013	SINVASTATINA COMP. 20MG	COMP
231	24458	SOLUÇÃO PARA DIÁLISE PERITONEAL COM GLICOSE 1,5% BOLSA COM 1000 ML	BOLSA
232	51065	SULFADIAZINA DE PRATA CREME A 1% BSNAGA COM 50 G	TUBO
233	51064	SULFADIAZINA DE PRATA CREME A 1% POTE 400 G	POTE
234	6630	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA COMP. 400 MG + 80 MG	COMP
235	51890	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SOL. INJ. 80 MG + 16 MG/ML – EV AMP. 4 ML	F/A
236	42178	SULFATO DE BÁRIO SUSP. ORAL 1 G/ML FRASCO 150ML	FR
237	51891	SULFATO DE MAGNÉSIO SOL. INJ. 50% AMP. 10 ML	AMP
238	6624	SULFATO FERROSO COMP. REVESTIDO 40 MG FE (II)	COMP
239	51894	SUXAMETÔNIO, CLORETO PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG	F/A

240	51895	TEICOPLANINA PÓ P/ SOL. INJ. 400 MG	F/A
241	6829	TENOXICAM PÓ P/ SOL. INJ. 20 MG	F/A
242	51897	TIAMINA, CLORIDRATO COMP. 300 MG	COMP
243	24635	TIGECICLINA PÓ P/ SOL. INJ. 50 MG	F/A
244	51068	TOBRAMICINA COLÍRIO 0,30% FR 5 ML	FR
245	6641	VANCOMICINA, CLORIDRATO PÓ P/ SOL. INJ. 500 MG	F/A
246	5631	VARFARINA, SÓDICA COMP. SULCADO 5 MG	COMP
247	7350	VERAPAMIL, CLORIDRATO SOL. INJ. 2,5 MG/ML AMP. 2 ML	AMP

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CORRELATOS			
	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UN
1	41693	ABRAÇADEIRA DE NYLON 1,0 X 2,5 MM	UN
2	8654	AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4 OU 13 X 4,5 ESTERIL, SILICONIZADA, HASTE EM AÇO INOXIDAVEL COM PONTA EM BISEL TRIFACETADO, CANHÃO PLÁSTICO EM COR UNIVERSAL, CONECTOR PADRÃO ADAPTÁVEL A SERINGAS E OUTROS DISPOSITIVOS, PROTETOR PLÁSTICO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, COM ABERTURA ASSÉPTICA., DEVERÁ CONSTAR EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO, DATA DE VALIDADE, NÚMERO DO LOTE E REG MS	UM
3	8655	AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7,0 COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, LUBRIFICADO COM SILICONE, CANHAO TRANSLUCIDO NA COR PADRAO, PROTETOR PLASTICO SEM FURO ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM PGC UNID. REG MS	UM
4	8656	AGULHA DESCARTAVEL 25 X 8,0 COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, LUBRIFICADO COM SILICONE, CANHAO TRANSLUCIDO NA COR PADRAO, PROTETOR PLASTICO SEM FURO ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM PGC UNID. REG MS	UM
5	6348	AGULHA DESCARTÁVEL 30 X 8,0 C/ BISEL TRIFACETADO E AFIADO E, LUBRIFICADO COM SILICONE, CANHAO TRANSLUCIDO NA COR PADRAO, PROTETOR PLASTICO SEM FURO ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO EMB. EM PGC UNID. REG. MS	UM
6	8657	AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 COM BISEL TRIFACETADO DE AFIADO, LUBRIFICADO COM SILICONE, CANHAO TRANSLUCIDO NA COR PADRAO, PROTETOR PLASTICO SEM FURO ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM PGC UNID. REG MS	UM
7	6350	AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL Nº 16 G DESCARTAVEL, BISEL TIPO TUOHY PONTA CURVA CANULA DEMARCADA COM PAREDES FINAS MANDRIL, AJUSTADO CANHAO COM VISOR TRANSLUCIDO LUER LOCK, EMBALAGEM EM BLISTER ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO REG. MS	UM
8	8661	AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL Nº 17 G DESCARTAVEL, BISEL TIPO TUOHY. PONTA CURVA CANULA DEMARCADA COM PAREDES FINAS MANDRIL AJUSTADO CANHAO COM VISOR TRANSLUCIDO LUER LOCK EMBALAGEM EM BLISTER ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO REG. MS	UM
9	8662	AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL Nº 18 G DESCARTAVEL, BISEL TIPO TUOHY PONTA CURVA CANULA DEMARCADA COM PAREDES FINAS MANDRIL, AJUSTADO CANHAO COM VISOR TRANSLUCIDO LUER LOCK, EMBALAGEM EM BLISTER ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO REG. MS	UM

10	8658	AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI Nº 22 G 3 1/2, DESCARTAVEL, BISEL ESPECIAL ATRAUMATICO, CANULA E PAREDES FINAS, MANDRIL AJUSTADO CANHAO TRANSLUCIDO LUER LOCK, EMBALAGEM EM BLISTER ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO REG. MS	UM
11	8659	AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI Nº 25 G 3 1/2, DESCARTAVEL, BISEL ESPECIAL ATRAUMATICO, CANULA E PAREDES FINAS, MANDRIL. AJUSTADO CANHAO TRANSLUCIDO LUER LOCK, EMBALAGEM EM BLISTER ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO REG. MS	UM
12	8660	AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI Nº 27 G 3 1/2, DESCARTAVEL, BISEL ESPECIAL ATRAUMATICO, CANULA E PAREDES FINAS, MANDRIL. AJUSTADO CANHAO TRANSLUCIDO LUER LOCK, EMBALAGEM EM BLISTER ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO REG. MS	UM
13	20500	AGULHA PARA ESCLEROTERAPIA ENDOSCOPICA, DESCARTAVEL COM 1.650 MM DE COMPRIMENTO PARA EQUIPAMENTO ENDOSCOPICO COM CANAL DE INSTRUMENTAÇÃO DE 2,8 MM.	UM
14	20499	AGULHA PARA ESCLEROTERAPIA ENDOSCOPICA, DESCARTAVEL COM 2.300 MM DE COMPRIMENTO PARA COLONOSCOPIO COM CANAL DE INSTRUMENTAÇÃO DE 3,7 MM.	UN
15	8740	AGULHA PARA FISTULA AV 16 G, EM AÇO INOX, DESCARTAVEL, BISEL ESPECIAL, COM CLAMP, EMB. EM PGC, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, REG. MS	UM
16	8741	AGULHA PARA FISTULA AV 17 G, EM AÇO INOX, DESCARTÁVEL, BISEL ESPECIAL, COM CLAMP, EMBALAGEM EM PGC, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO E REG. MS.	UM
17	20498	ALÇA DE POLIPECTOMIA PARA COLONOSCOPIO, DESCARTAVEL COM CANAL DE INSTRUMENTAÇÃO DE 3,7 MM - 2.300 MM DE COMPRIMENTO E NO MINIMO DE 25 MM DE ABERTURA.	UM
18	9961	ALGODAO HIDROFILO ABSORVENTE, ASSEPTICO, QUIMICAMENTE PURO, COR BRANCA, PCT. C/ 500 G	PC
19	8611	APARELHO PARA BARBEAR DESCARTAVEL, EM PLASTICO, COM DUPLA LÂMINA	UM
20	9971	ATADURA DE ALGODAO 10CM X 1,80M 100% ALGODAO LIVRE DE SUJIDADE, COR NATURAL, NAO ESTERIL REG MS	UM
21	9972	ATADURA DE ALGODAO 20CM X 1,80M 100% ALGODAO LIVRE DE SUJIDADE, COR NATURAL, NÃO ESTERIL REG MS	UM
22	47566	ATADURA DE CREPE 10CM X 1,8M (EM REPOUSO), 13 FIOS POR CM, 100% ALGODÃO, COR BRANCA, NÃO ESTÉRIL, REG MS.	UM
23	47567	ATADURA DE CREPE 20CM X 1,8M (EM REPOUSO), 13 FIOS POR CM, 100% ALGODÃO, COR BRANCA, NÃO ESTÉRIL, REG MS.	UM
24	47568	ATADURA DE CREPE 30CM X 1,8M (EM REPOUSO), 13 FIOS POR CM, 100% ALGODÃO, COR BRANCA, NÃO ESTÉRIL, REG MS.	UM
25	8623	ATADURA GESSADA 10 CM X 3 M, NAO ESTERIL SECAGEM RAPIDA, COM BRANCA, GESSO DISTRIBUIDO UNIFORMEMENTE, EMB. INDIVIDUAL REG MS	UM
26	8624	ATADURA GESSADA DE APROXIMADAMENTE 20 CM X 3 M, NAO ESTERIL SECAGEM RAPIDA, COR BRANCA, GESSO DISTRIBUIDO UNIFORMEMENTE, EMB. INDIVIDUAL REG MS	UM
27	38916	BANDEJA COM KIT PARA RAQUI COMPOSTO POR CAMPO CIRÚRGICO, GAZES, CUBAS, ESPONJAS PARA ANTISSEPSIA, AGULHAS PARA RAQUI DE WHITACRE Nº 27 G, SERINGAS E AGULHAS HIPODÉRMICAS. EMBALADO E ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO.REGISTRO NA ANVISA.	UM
28	38930	BANDEJA COM KIT PERIDURAL COMPOSTO POR CAMPO CIRÚRGICO, GAZES, CUBAS, ESPONJAS PARA ANTISSEPSIA, SERINGAS, AGULHAS HIPODÉRMICAS, AGULHA PERIDURAL WEISS 17 G, CATETER PERIDURAL 19 G, FILTRO BACTERIANO EMBALADO E ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO. REGISTRO NA ANVISA.	UM

29	25219	BIOMEMBRANA DE LATEX, IMPERMEAVEL, POLIISOPRENO UTILIZADA PARA CICATRIZAÇÃO	UM
30	9997	BOLSA PARA COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA, EM PLASTICO RESISTENTE, DRENAVEL C/ BARREIRA PROTETORA PERIESTOMAL, FACE POSTERIOR MACIA, SUPORTE ADESIVO HIPOALERGICO, ACOMPANHADA DE CLIP, REG MS	UM
31	18207	CADARÇO PARA FIXAÇÃO DE TUBO ORO-TRAQUEAL E TRAQUEOSTOMIA, 100% ALGODÃO DE COR BRANCA E COM LARGURA DE 1,5 A 2,0 CM	UM
32	8602	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFURO CORTANTE (AGULHAS, SERINGA, LÂMINAS, ETC.), CAPACIDADE APROXIMADAMENTE DE 13 LITROS, CONFECCIONADA EM PAPELÃO RIGIDO, REG MS	UM
33	10029	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFURO CORTANTE (AGULHAS, SERINGA, LÂMINAS, ETC.), CAPACIDADE APROXIMADAMENTE DE 20 LITROS, CONFECCIONADA EM PAPELÃO RIGIDO, REG MS	UM
34	10033	CAMISA DE PLAST. P/ REVESTIR OS CABOS DAS CAMARAS DE VIDEO DESCART. ESTERIL 15 CM X 250 CM	UM
35	22714	CAMPO IODOFORADO 40 CM X 40 CM	UM
36	18007	CAMPO IODOFORADO 60 CM X 45 CM	UM
37	25242	CANETA MARCADORA PARA ELETROCARDIOGRAMA, EXTRA-FINA, COR PRETA, EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO E MARCA DO FABRICANTE, COMPATÍVEL COM APARELHO UTILIZADO NA UNIDADE	UM
38	46719	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 33, DIREITA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
39	46720	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 33, ESQUERDA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
40	46697	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 35, DIREITA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
41	46698	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 35, ESQUERDA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
42	46699	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 37, DIREITA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
43	46700	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 37, ESQUERDA, ESTÉRIL, REG MS.	UN
44	46701	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 39, DIREITA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
45	46702	CÂNULA DE CARLENS EM PVC, DUPLO LÚMEN, COM CUFF, COM GANCHO CARINAL, Nº 39, ESQUERDA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
46	9560	CANULA ENDOTRAQUEAL ARAMADA N.28, EM SILKOLATEX, C/ BALAO, DESCARTAVEL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO/COBALTO 60, ATOXICA, EMBALADA EM PGC REG MS	UM
47	9561	CANULA ENDOTRAQUEAL ARAMADA N.30, EM SILKOLATEX, C/ BALAO, DESCARTAVEL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO/COBALTO 60, ATOXICA, EMBALADA EM PGC, REG MS	UM
48	9562	CANULA ENDOTRAQUEAL ARAMADA N.32, EM SILKOLATEX, C/ BALAO, DESCARTAVEL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO/COBALTO 60, ATOXICA, EMBALADA EM PGC, REG MS	UM
49	9563	CANULA ENDOTRAQUEAL ARAMADA N.34, EM SILKOLATEX, C/ BALAO, DESCARTAVEL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO/COBALTO 60, ATOXICA, EMBALADA EM PGC, REG MS	UM
50	9564	CANULA ENDOTRAQUEAL ARAMADA N.36, EM SILKOLATEX, C/ BALAO, DESCARTAVEL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO/COBALTO 60, ATOXICA, EMBALADA EM PGC, REG MS	UM

51	40278	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.4,0 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
52	5664	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.4,5 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
53	9681	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.5,0 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
54	9731	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.5,5 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
55	9684	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.6,5 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
56	9683	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.6.0 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
57	9732	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.7,0 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
58	9733	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.7,5 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
59	9734	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.8,0 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, PONTA BISELADA, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
60	9682	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.8,5 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
61	9735	CANULA ENDOTRAQUEAL C/ CUFF N.9,0 DESCARTAVEL DE PLASTICO TRANSPARENTE, BALAO INSUFLAVEL CONECTADO AO BALAO PILOTO EXTERIOR, ADAPTADOR UNIVERSAL AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO ARTIFICIAL ESTERILIZADO A OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
62	9738	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N 6,0 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSP PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV AO SISTEMA DE VENT ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG MS	UM

63	5665	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 3 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMB PGC REG. MS	UM
64	9678	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 3,5 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMB PGC REG. MS	UM
65	9680	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 4 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMB PGC REG. MS	UM
66	9679	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 4,5 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMB PGC REG. MS	UM
67	9736	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 5,0 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV AO SISTEMA DE VENT ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
68	9737	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 5,5 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG MS	UM
69	7963	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N. 6,5 TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSP. PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
70	12437	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N.2,0 TERMOSENSIVEL, EM PVC, MACIO, TRANSP. PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
71	9677	CANULA ENDOTRAQUEAL S/ CUFF N.2,5 TERMOSENSIVEL, MACIO, TRANSP. PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO EMB PGC, REG MS	UM
72	9671	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 5 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL, EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
73	9672	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 6 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL, EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
74	7961	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 7 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG MS	UM
75	5666	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 7,5 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL, EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
76	9673	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 8 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL, EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
77	9739	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 8,5 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC. REG MS	UM
78	9740	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC C/ CUFF N. 9 APIROGÊNICA, ATÓXICA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
79	12429	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC S/ CUFF N. 4,5 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXICO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
80	12426	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC S/ CUFF N.3,5 APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
81	12431	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC S/ CUFF N.4, APIRIGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC REG. MS	UM
82	12432	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC S/ CUFF N.5, APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
83	12434	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA EM PVC S/ CUFF N.6, APIROGÊNICA, ATÓXICA, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB PGC, REG MS	UM
84	10061	CAPA PROTETORA PARA COLCHÃO TIPO CAIXA DE OVO, COM ELASTICOS NA BORDA , SOLTEIRO (2,20 X 1,50)	UM
85	99092	CAPOTE DESCARTÁVEL SEM BOTÕES	UM

86	10095	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC), EM SILICONE EXTRAMACIO, DEMARCADO EM CM E RADIOPACO,C/ PORT DE SAÍDA, BAINHA PLÁSTICA, 3,2 FR (ADULTO), POSSIBILITA INFUSÃO SIMULTÂNEA DE MEDICAMENTOS E NUTRIÇÃO PARENTERAL, ESTILETE HIDROFOLICO, FUNÇÃO EM T C/ UMA VIA LUER-LOK FÊMEA E OUTRA COM LÁTEX AUTO VEDANTE DISPOSITIVO APOIO FORMATO OVAL, ESTÉRIL REG MS, COM RESTRIÇÃO DE USO NA UTI MATERNA (MEDIANTE PROTOCOLO DE USO PREENCHIDO).	UM
87	25227	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC), EM SILICONE EXTRAMACIO, DEMARCADO EM CM E RADIOPACO,C/ PORT DE SAÍDA, BAINHA PLÁSTICA, 4,0 FR (ADULTO), POSSIBILITA INFUSÃO SIMULTÂNEA DE MEDICAMENTOS E NUTRIÇÃO PARENTERAL, ESTILETE HIDROFOLICO, FUNÇÃO EM T C/ UMA VIA LUER-LOK FÊMEA E OUTRA COM LÁTEX AUTO VEDANTE DISPOSITIVO APOIO FORMATO OVAL, ESTÉRIL REG MS, COM RESTRIÇÃO DE USO NA UTI MATERNA (MEDIANTE PROTOCOLO DE USO PREENCHIDO).	UM
88	10098	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL 14 GAX20 CM (ADULTO) EM POLIURETANO II RADIOPACO, PONTA FLEXÍVEL, INTRODUTOR, FIO GUIA, DILATADOR, COM ÚNICO LUMEN ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM BLISTER FACE TRANSPARENTE REG MS	UM
89	10099	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL 14 GAX20CM (ADULTO) EM POLIURETANO II RADIOPACO, PONTA FLEXÍVEL, INTRODUTOR, FIO GUIA, DILATADOR, COM DUPLO LUMEN ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM BLISTER FACE TRANSPARENTE REG MS	UN
90	8612	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL 20 GAX13CM (INFANTIL) E POLIURETANO II RADIOPACO, PONTA FLEXÍVEL GUIA METÁLICO C/ PONTA EM J" DILATADOR, COM ÚNICO LUMEN P/ FIXAÇÃO DO CATETER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM BLINSTER FACE TRANSPARENTE REG MS"	UM
91	43973	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL 22 GAX13CM (INFANTIL) E POLIURETANO II RADIOPACO, PONTA FLEXÍVEL GUIA METÁLICO C/ PONTA EM J" DILATADOR, COM ÚNICO LUMEN ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM EM BLINSTER FACE TRANSPARENTE REG MS"	UM
92	5669	CATETER EPIDURAL PARA ANESTESIA CONTINUA, EM NYLON POLIAMIDA, GRADUADO EM CM NA LATERAL E EXTREMIDADE DISTAL COM ORIFÍCIOS LATERAIS, LISTA RADIOPACA E ADAPTADOR LUER LOCK COM TRAVA POSITIVA E ADAPTADOR QUE CONTROLA PROFUNDIDADE, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC, DESCARTAVEL NR 16G 36."	UM
93	9656	CATETER EPIDURAL PARA ANESTESIA CONTINUA, EM NYLON POLIAMIDA, GRADUADO EM CM NA LATERAL E EXTREMIDADE DISTAL COM ORIFÍCIOS LATERAIS, LISTA RADIOPACA E ADAPTADOR LUER LOCK COM TRAVA POSITIVA E ADAPTADOR QUE CONTROLA PROFUNDIDADE, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC, DESCARTAVEL NR 18G 36."	UM
94	46650	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO INTEGRAL Nº 20 COM ASAS FLEXÍVEIS E ANTI-DERRAPANTES, TUBO TRANSPARENTE, FLEXÍVEL, EM Y, CLAMP, DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, CONSTITUÍDO DE POLIURETANO, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
95	46651	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO INTEGRAL Nº 22 COM ASAS FLEXÍVEIS E ANTI-DERRAPANTES, TUBO TRANSPARENTE, FLEXÍVEL, EM Y, CLAMP, DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, CONSTITUÍDO DE POLIURETANO, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM

96	46652	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO INTEGRAL Nº 24 COM ASAS FLEXÍVEIS E ANTI-DERRAPANTES, TUBO TRANSPARENTE, FLEXÍVEL, EM Y, CLAMP, DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, CONSTITUÍDO DE POLIURETANO, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
97	46653	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 14, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, ACOPLADO AO TUBO DE MATERIAL BIOCOMPATÍVEL, FLEXÍVEL, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
98	46654	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 16, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, ACOPLADO AO TUBO DE MATERIAL BIOCOMPATÍVEL, FLEXÍVEL, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
99	46655	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 18, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, ACOPLADO AO TUBO DE MATERIAL BIOCOMPATÍVEL, FLEXÍVEL, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
100	46656	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 20, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, ACOPLADO AO TUBO DE MATERIAL BIOCOMPATÍVEL, FLEXÍVEL, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
101	46657	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 22, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, ACOPLADO AO TUBO DE MATERIAL BIOCOMPATÍVEL, FLEXÍVEL, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
102	46658	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 24, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, COM BISEL TRIFACETADO E AFIADO, ACOPLADO AO TUBO DE MATERIAL BIOCOMPATÍVEL, FLEXÍVEL, ESTÉRIL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, RADIOPACO, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
103	25164	CATETER NASAL DESCARTÁVEL TIPO ÓCULOS PARA OXIGENIO, ADULTO EM POLIVINIL, ATÓXICO COM DISPOSITIVO PARA ADAPTAÇÃO NA NARINA DO PACIENTE EM SILICONE, (TIPO DOIS DENTES DE GARFO), MACIO, TRANSPARENTE, FLEXÍVEL, COM SISTEMA DE FIXAÇÃO SOBRE ORELHAS, EMBALAGEM INDIVIDUAL, ESTÉRIL, PAPEL GRAU CIRÚRGICO, COM ABERTURA EM PÉTALA COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO, DATA DE VALIDADE E DE FAVRICAÇÃO , NÚMERO DE LOTE E REG.MS.	UM
104	25165	CATETER NASAL DESCARTÁVEL TIPO ÓCULOS PARA OXIGENIO, INFANTIL EM POLIVINIL, ATÓXICO COM DISPOSITIVO PARA ADAPTAÇÃO NA NARINA DO PACIENTE EM SILICONE, (TIPO DOIS "DENTES DE GARFO"), MACIO, TRANSPARENTE, FLEXÍVEL, COM SISTEMA DE FIXAÇÃO SOBRE ORELHAS, EMBALAGEM INDIVIDUAL, ESTÉRIL, PAPEL GRAU CIRÚRGICO, COM ABERTURA EM PÉTALA COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO, DATA DE VALIDADE E DE FAVRICAÇÃO , NÚMERO DE LOTE E REG.MS.	UM
105	12427	CATETER RÍGIDO PARA DIÁLISE PERITONIAL ADULTO, ATÓXICO E APIROGÊNICO, EM PVC, RADIOPACO, ESTÉRIL EM ETO, EMB PGC, REG MS	UM
106	8687	CERA DE ABELHA (PURA) PARA OSSO, EMOLIENTE, NÃO IRRITANTE, 2,5G APROXIMADAMENTE EMBALADA INDIVIDUALMENTE EM PGC OU ALUMINIZADA, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO, REG MS	EV
107	10151	COLAR CERVICAL EM PVC RÍGIDO (ADULTO) REG MS	UM
108	10152	COLAR CERVICAL EM PVC RÍGIDO (INFANTIL) REG MS	UM

109	10153	COLCHÃO TIPO CAIXA DE OVO, EM ESPUMA, TAMANHO 1,90 M X 80CM APROXIMADAMENTE REG MS	UM
110	10452	COLETOR DE SECREÇÃO PARA BRONCOSCOPIA/ENDOSCOPIA E INFLUENZA - EMBALADOS INDIVIDUALMENTE EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTERELIZADOS A ÓXIDO DE ETILENO, COM TAMPA DE OCLUSÃO HERMÉTICA EM POLIPROPILENO COM DUAS VIAS E ALÇA EM PVC PARA FIXAÇÃO COM 40 CM. FRASCO ATÓXICO, RÍGIDO E GRADUADO. EXTENSÃO EM PVC CRISTAL, ATÓXICO COM 20 CM. ADAPTADOR EM POLIPROPILENO FIXADO NA TAMPA. CAPACIDADE DE 40 ML. O PRODUTO DEVERÁ APRESENTAR VALIDADE DE NO MÍNIMO 12 MESES APÓS A ENTREGA. O RÓTULO E A BULA DEVERÃO SER TRADUZIDOS PARA O PORTUGUÊS, OBEDECENDO A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA. A EMPRESA DEVERÁ APRESENTAR CERTIFICADO DE REGISTRO DO INSUMO JUNTO AO ÓRGÃO COMPETENTE.	UM
111	10154	COLETOR DE URINA INFANTIL (FEMININO) EM SACOS DE POLIETILENO DE BAIXA DENSIDADE, ADESIVO DUPLA FACE, ANTIALÉRGICO COM ORIFÍCIO, COM GRADUAÇÃO ATÉ 100ML, NÃO ESTERIL., REG M.S.	UM
112	9654	COLETOR DE URINA INFANTIL (MASCULINO), EM SACO, DE POLIETILENO DE BAIXA DENSIDADE, ADESIVO DUPLA FACE ANTIALÉRGICO, COM ORIFÍCIO, COM GRADUAÇÃO ATÉ 100 ML, NÃO ESTERIL. REG M.S.	UM
113	10155	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO DE BAIXA DENSIDADE, CAPACIDADE 2000 ML, GRADUADO, TRANSPARENTE, COM CORDÃO PARA AMARAÇÃO, NÃO ESTÉRIL. REG. MS.	UM
114	5456	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO BOLSA COLETORA C/FILTRO, SUPORTE REFORÇADO E VÁLVULA ANTI-REFLUXO, CAP. 2000 ML, GRADUAÇÃO DE 100 EM 100 ML, VÁLVULA DE DRENAGEM CENTRAL C/ ALONGAMENTO E PINÇA CORTA-FLUXO, EXTENSÃO INTERMEDIÁRIA C/ MEMBRANA ALTO VEDANTE, PINÇA CORTA-FLUXO E PROTETOR DE EXTREMIDADE C/ TRAVA DE SEGURANÇA, ESTÉRIL. EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PGC, REG. MS.	UM
115	46718	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO BOLSA COLETORA C/FILTRO, SUPORTE REFORÇADO E VÁLVULA ANTI-REFLUXO, COM BURETA DE 150ML, CAP. 400 ML, GRADUAÇÃO DE 100 EM 100 ML, VÁLVULA DE DRENAGEM CENTRAL C/ ALONGAMENTO E PINÇA CORTA-FLUXO, EXTENSÃO INTERMEDIÁRIA C/ MEMBRANA ALTO VEDANTE, PINÇA CORTA-FLUXO E PROTETOR DE EXTREMIDADE C/ TRAVA DE SEGURANÇA, ESTÉRIL, REG MS.	UM
116	10156	COLETOR PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINO ADULTO, COM PRESERVATIVO E EXTENSOR DE LÁTEX, ATÓXICO, APIROGÊNICO, EMBALADOS INDIVIDUAMENTE EM PGC/POLIETILENO, ESTÉRIL. EM ÓXIDO DE ETILENO/RAIO GAMA, REG MS.	UM
117	9655	COLETOR UNIVERSAL EM PLASTICO RIGIDO, COR BRANCA, DESCARTAVEL, COM TAMPA EM ROSCA, APROX. 80 ML, NÃO ESTERIL, REG MS.	UM
118	8629	COMPRESSA CAMPO OPERATÓRIO 45 X 50 CM, COR BRANCA, C/FIO RADIOPACO 100% ALGODÃO, 4 (QUATRO) CAMADAS, COM BAINHA EM OVERLOCK, AUSÊNCIA DE AMIDO E ALVEJANTE ÓPTICO, NÃO ESTÉRIL. EMBAL. PCTE C/50 UN, REG. MS.	PC
119	43434	COMPRESSA DE GAZE HIDROFILA 7,5 X 7,5 CM, 100% ALGODÃO, 8 DOBRAS, 11 FIOS, MACIA, AMPLA CAPACIDADE DE ABSORÇÃO, AUSÊNCIA DE AMIDO E ALVEJANTE ÓPTICO, ESTÉRIL. EMBALAGEM PCT. C/10 UN, REG MS.	PC
120	10184	COMPRESSA DE GAZE HIDROFILA 7,5 X 7,5 CM, 100% ALGODÃO, 8 DOBRAS, 11 FIOS, MACIA, AMPLA CAPACIDADE DE ABSORÇÃO, AUSÊNCIA DE AMIDO E ALVEJANTE ÓPTICO, NÃO ESTÉRIL. EMBALAGEM PCT. C/500 UN, REG MS.	PC
121	8184	COMPRESSA PARA NEURO CIRURGIA, 13 X 76 MM, COR BRANCA, COM FIO RADIOPACO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, ESTERELIZADO EM OXIDO DE ETILENO, REG. MS	UM

122	49178	COMPRESSA PARA NEURO CIRURGIA, 25 X 25MM, COR BRANCA, COM FIO RADIOPACO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, ESTERILIZADO EM OXIDO DE ETILENO, REG. MS	UM
123	49177	COMPRESSA PARA NEURO CIRURGIA, 25 X 76MM, COR BRANCA, COM FIO RADIOPACO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, ESTERILIZADO EM OXIDO DE ETILENO, REG. MS	UM
124	10199	CONJUNTO DE INTRODUTOR 8,5 F COM BAINHA INTRODUTORA EM POLIURETANO RADIOPACO E VALVULA HEMOSTATICA REMOVIVEL, CAMISA PROTETORA COM TRANCA NAS EXTREMIDADES DILATADOR, GUIA METALICO EM J COM SISTEMA DE GATILHO E SERINGA VALVULADA E VAZADA, OBTURADOR E AGULHAS.	UM
125	10206	CONJUNTO DRENAGEM TORACICA (MEDIASTINAL) N. 16 (INFANTIL), 2 VIAS, FRASCO EM PVC RIGIDO, GRADUADO ATE 1000ML, COM TAMPA DE ROSCA, COM TUBO DE PVC NA PARTE INTERNA E NA PARTE EXTERNA, EXTENSOR DE PVC COM PINÇA CORTA FLUXO, ALÇA PARA TRANSPORTE COM SUPORTE, DRENO DE TORAX RADIOPACO EM SILICONE, COM ORIFICIOS E CONECTOR, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMB. PGC E REG. MS	UM
126	10192	CONJUNTO DRENAGEM TORACICA (MEDIASTINAL) N. 32 (ADULTO), 2 VIAS, FRASCO EM PVC RIGIDO, GRADUADO ATE 2000ML, COM TAMPA DE ROSCA, COM TUBO DE PVC NA PARTE INTERNA E NA PARTE EXTERNA, EXTENSOR DE PVC COM PINÇA CORTA FLUXO, ALÇA PARA TRANSPORTE COM SUPORTE, DRENO DE TORAX RADIOPACO EM SILICONE, COM ORIFICIOS E CONECTOR, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMB. PGC E REG. MS	UN
127	47513	CREME BARREIRA DURÁVEL, QUE PROTEGE A PELE CONTRA A UMIDADE E FLUIDOS CORPORAIS, DE FORMULAÇÃO CONCENTRADA, COM INGREDIENTE ATIVO DIMETICONA 1,3%, TERPOLÍMERO DE ACRILATO, AGENTES EMOLIENTES E UMECTANTES; O CREME DEVE PERMITIR A ADEÇÃO DE FITAS E PRODUTOS ADESIVOS, TUBO 28G, REG. MS.	TUBO
128	9787	CURATIVO ALGODONADO (COXIM) TAMANHO 10X15CM. MANTA DE ALGODÃO HIDRÓFILO, LIVRE DE IMPUREZAS E UNIFORME, RECOBERTO COM COMPRESSA HIDRÓFILO EM 3 DOBRAS IGUAIS EMB. PGC, ESTERILIZADO EM RAO GAMA REG. MS	UM
129	9788	CURATIVO ALGODONADO (COXIM) TAMANHO 10X28CM. MANTA DE ALGODÃO HIDRÓFILO, LIVRE DE IMPUREZAS E UNIFORME, RECOBERTO COM COMPRESSA HIDRÓFILO EM 3 DOBRAS IGUAIS EMB. PGC, ESTERILIZADO EM RAO GAMA REG. MS	UM
130	6279	CURATIVO ALGODONADO (COXIM) TAMANHO 10 A 15 CM X 30 CM, MANTA DE ALGODÃO HIDRÓFILO, LIVRE DE IMPUREZAS E UNIFORME, RECOBERTO COM COMPRESSA HIDRÓFILO EM 3 DOBRAS IGUAIS EMB. PGC, ESTERILIZADO EM RAO GAMA REG. MS	UM
131	9791	CURATIVO COM COBERTURA DE CONTATO DE BAIXA ADERENCIA ENVOLTA POR CAMADA DE NAO TECIDO E ALMOFADA IMPREGNADA POR CARVAO ATIVADO E NITRATO DE PRATA A 0,15% TAMANHO APROXIMADAMENTE 08X15CM	UM
132	9790	CURATIVO COM COBERTURA DE CONTATO DE BAIXA ADERENCIA ENVOLTA POR CAMADA DE NAO TECIDO E ALMOFADA IMPREGNADA POR CARVAO ATIVADO E NITRATO DE PRATA A 0,15% TAMANHO APROXIMADAMENTE 10X10CM	UM
133	9792	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO E SÓDIO ESTERIL, TAMANHO 10 X 10CM COM BOA ABSORÇÃO, FIBRAS INTERLIGADAS, NÃO ADERENTE, PROPORCIONE O MEIO ÚMIDO PARA A FERIDA. EMB INDIVIDUAL EM PGC, REG MS, DE ACORDO COM ART. 31 DO CDC	UM

134	9793	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO E SÓDIO ESTERIL, TAMANHO 10 X 20 CM, COM BOA ABSORÇÃO, FIBRAS INTERLIGADAS, NÃO ADERENTE, PROPORCIONE O MEIO ÚMIDO PARA A FERIDA EMB. INDIVIDUAL EM PGC, REG MS, DE ACORDO COM ART. 31 DO CDC	UM
135	12912	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO E SÓDIO ESTERIL, TAMANHO 15 X 25 CM APROXIMADAMENTE, COM BOA ABSORÇÃO, FIBRAS INTERLIGADAS, NÃO ADERENTE, PROPORCIONE O MEIO ÚMIDO PARA A FERIDA EMB. INDIVIDUAL EM PGC, REG MS, DE ACORDO COM ART. 31 DO CDC	UM
136	9794	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO E SÓDIO ESTERIL, TAMANHO 5 X 5 CM, COM BOA ABSORÇÃO, FIBRAS INTERLIGADAS, NÃO ADERENTE, PROPORCIONE O MEIO ÚMIDO PARA A FERIDA EMB. INDIVIDUAL EM PGC, REG MS, DE ACORDO COM ART. 31 DO COC	UM
137	43760	CURATIVO DE ALTA ABSORÇÃO E ANTIMICROBIANO, COMPOSTO POR HIDROFIBRAS 100% CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA E PRATA IÔNICA A 1,2%, TAMANHO 10X 10 CM, ESTÉRIL, REG MS.	UM
138	46703	CURATIVO DE CATETER, FILME TRANSPARENTE, HIPOALERGÊNICO, GLUCONATO DE CLOREXIDINA 2%, TAMANHO DE APROXIMADAMENTE 8,5X11,5CM, ESTÉRIL, REG MS.	UM
139	10215	CURATIVO HIDROATIVO (HIDROCOLOIDE) TAMANHO 10 X 10 CM PARTICULAS HIDROATIVAS EM POLIMERO INERTE IMPERMEAVEL INDIVIDUAL EM BLISTER ESTERIEL EM RAIO GAMA, REG MS	UM
140	12972	CURATIVO HIDROATIVO (HIDROCOLOIDE) TAMANHO 20 X 20 CM PARTICULAS HIDROATIVAS EM POLIMERO INERTE IMPERMEAVEL INDIVIDUAL EM BLISTER ESTERIEL EM RAIO GAMA, REG MS	UM
141	46705	CURATIVO TRANSPARENTE EM PELÍCULA DE POLIURETANO COM PERMEABILIDADE SELETIVA, QUE APRESENTA BARREIRA BACTÉRIANA, ADESIVO HIPOALERGÊNICO E ISENTO DE LÁTEX, TAMANHO DE APROXIMADAMENTE 10X12CM, ESTÉRIL, REG MS.	UM
142	46704	CURATIVO TRANSPARENTE EM PELÍCULA DE POLIURETANO COM PERMEABILIDADE SELETIVA, QUE APRESENTA BARREIRA BACTÉRIANA, ADESIVO HIPOALERGÊNICO E ISENTO DE LÁTEX, TAMANHO DE APROXIMADAMENTE 6X7CM, ESTÉRIL, REG MS.	UM
143	6252	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 0,8m ² A 1,0m ² , DE BAIXO FLUXO, ALTA PERFORMANCE. EM POLIURETANO/POLICARBONATO/POLIPROPILENO, ESTERILIZADO COM ÓXIDO DE ETILENO.	UM
144	6254	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,3m ² A 1,4m ² , DE BAIXO FLUXO, ALTA PERFORMANCE. EM POLIURETANO/POLICARBONATO/POLIPROPILENO, ESTERILIZADO COM ÓXIDO DE ETILENO.	UM
145	10224	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,6m ² A 1,7m ² , DE BAIXO FLUXO, ALTA PERFORMANCE. EM POLIURETANO/POLICARBONATO/POLIPROPILENO, ESTERILIZADO COM ÓXIDO DE ETILENO.	UM
146	10225	DIALISADOR DE FIBRAS CAPILARES COM ÁREA DE SUPERFÍCIE DE 1,8m ² A 2,1m ² , DE BAIXO FLUXO, ALTA PERFORMANCE. EM POLIURETANO/POLICARBONATO/POLIPROPILENO, ESTERILIZADO COM ÓXIDO DE ETILENO.	UM
147	29991	DISPOSITIVO COM PONTA PERFURADORA PARA ROMPIMENTO DA VEDAÇÃO E FIXAÇÃO EM SISTEMA FECHADO DE SORO, ESTERIL, REG MS	UM

148	5458	DISPOSITIVO DE 2 VIAS P/ INFUSÃO DE MEDICAMENTOS PARALELA MODELO EM Y, EXTREMIDADE LUER-LOCK, C/ PROTETORES E PLUG MACHO, EXTENSÃO C/ PINÇA CORTA-FLUXO, ESTERILIZADO POR ÓXIDO DE ETILENO, COM 01 FACE TRANSPARENTE, EMB. BLISTER/P.G.C. REG. MS E NBR 14041	UM
149	5457	DISPOSITIVO DE 2 VIAS P/ INFUSÃO PARALELA MODELO EM Y, EXTREMIDADE LUER-LOCK, C/ PROTETORES E PLUG MACHO, EXTENSÃO C/ PINÇA CORTA-FLUXO, ÂMBAR P/ MEDICAÇÃO FOTOSSENSÍVEL ESTERILIZADO POR ÓXIDO DE ETILENO, COM 01 FACE TRANSPARENTE, EMB. BLISTER/P.G.C. REG. MS E NBR 14041	UM
150	6362	DISPOSITIVO DE 4 VIAS PARA INFUSAO PARALELA MODELO EM Y, EXTREMIDADE LUER - LOCK, COM PROTETORES DE PLUG MACHO, EXTENSÃO COM PINÇA CORTA FLUXO, ESTERILIZADO POR OXIDO DE ETILENO, COM 01 FACE TRANSPARENTE EMB BLISTER PGC MS E NBR 14041.	UM
151	46659	DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 19, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, AGULHA C/ PROTETOR FECHADO, SILICONIZADA, BIZEL TRIFACETADO, ASAS FLEXÍVEIS, COR PADRÃO CONFORME NUMERAÇÃO, EXTENSÃO COM CONEXÃO LUER-LOCK, PROTETOR FECHADO, ESTÉRIL, REG MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
152	46660	DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 21, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, AGULHA C/ PROTETOR FECHADO, SILICONIZADA, BIZEL TRIFACETADO, ASAS FLEXÍVEIS, COR PADRÃO CONFORME NUMERAÇÃO, EXTENSÃO COM CONEXÃO LUER-LOCK, PROTETOR FECHADO, ESTÉRIL, REG MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
153	46661	DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 23, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, AGULHA C/ PROTETOR FECHADO, SILICONIZADA, BIZEL TRIFACETADO, ASAS FLEXÍVEIS, COR PADRÃO CONFORME NUMERAÇÃO, EXTENSÃO COM CONEXÃO LUER-LOCK, PROTETOR FECHADO, ESTÉRIL, REG MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
154	46662	DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 25, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, AGULHA C/ PROTETOR FECHADO, SILICONIZADA, BIZEL TRIFACETADO, ASAS FLEXÍVEIS, COR PADRÃO CONFORME NUMERAÇÃO, EXTENSÃO COM CONEXÃO LUER-LOCK, PROTETOR FECHADO, ESTÉRIL, REG MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
155	46663	DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFÉRICO N° 27, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, AGULHA C/ PROTETOR FECHADO, SILICONIZADA, BIZEL TRIFACETADO, ASAS FLEXÍVEIS, COR PADRÃO CONFORME NUMERAÇÃO, EXTENSÃO COM CONEXÃO LUER-LOCK, PROTETOR FECHADO, ESTÉRIL, REG MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
156	38934	DISPOSITIVO LUER DE ACESSO FECHADO I.V. - UNIVERSAL.	UM
157	10234	DRENO DE KHERR N. 10 (SONDA T), EM LÁTEX NATURAL, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO. EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC. REG MS	UM
158	8757	DRENO DE KHERR N. 12 (SONDA T), EM LÁTEX NATURAL, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC REG MS	UM
159	10235	DRENO DE KHERR N. 14 (SONDA T). EM LÁTEX NATURAL, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO. EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC REG MS	UM
160	10236	DRENO DE KHERR N. 16 (SONDA T), EM LÁTEX NATURAL, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO. EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC REG MS	UM
161	10233	DRENO DE KHERR N. 18 (SONDA T), EM LÁTEX NATURAL, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL PGC REG MS	UM
162	10237	DRENO DE PENROSE N. 1. EM LÁTEX NATURAL ATÓXICO, ESTERIL, EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB.INDIVIDUAL PGC. REG MS	UM
163	10238	DRENO DE PENROSE N. 2. EM LÁTEX NATURAL, ATÓXICO, ESTERIL, EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB. INDIVIDUAL PGC. REG MS	UM

164	10239	DRENO DE PENROSE N. 3. EM LÁTEX NATURAL, ATÓXICO, ESTERIL. EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB INDIVIDUAL PGC. REG MS	UM
165	10240	DRENO DE PENROSE N. 4. EM LÁTEX NATURAL, ATÓXICO, ESTERIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB. INDIVIDUAL PGC, REG MS	UM
166	10243	DRENO DE SUCCÃO POR SISTEMA FECHADO (PÓS OPERATÓRIO) C/ CAPACIDADE DE 400 ML, AGULHA NR. 3,2MM C/CATETER P/ DRENAGEM, TUBO EXTENSOR CONECTOR EM Y E 1 CÂNULA ESTERILIZADA A ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM PRIMÁRIA INDIVIDUAL, EM PGC. EMB. SECUNDÁRIA EM CAIXA, REG MS	UM
167	10242	DRENO DE SUCCÃO POR SISTEMA FECHADO (PÓS OPERATÓRIO) C/ CAPACIDADE DE 400 ML, AGULHA NR. 4,8 MM C/ CATETER P/ DRENAGEM, TUBO EXTENSOR, CONECTOR EM Y E 1 CÂNULA ESTERILIZADA A ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM PRIMÁRIA INDIVIDUAL EM PGC, EMB. SECUNDÁRIA EM CAIXA, REG MS.	UM
168	10241	DRENO DE SUCCÃO POR SISTEMA FECHADO (PÓS OPERATÓRIO) C/ CAPACIDADE DE 400 ML, AGULHA NR. 6,4 MM C/ CATETER P/ DRENAGEM, TUBO EXTENSOR, CONECTOR EM Y E 1 CÂNULA ESTERILIZADA A ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM PRIMÁRIA INDIVIDUAL EM PGC, EMB. SECUNDÁRIA EM CAIXA, REG MS.	UM
169	25208	DRENO TORÁCICO Nº32, SOMENTE O TUBO, EXCLUINDO CONEXÕES E FRASCO	UM
170	48010	ELEMENTO FILTRANTE FABRICADO EM MATERIAL MICROPOROSO, CAPACIDADE DE FILTRAGEM DE 5 MICRAS, COMPRIMENTO DE 10 POLEGADAS.	UM
171	48011	ELEMENTO FILTRANTE FABRICADO EM MATERIAL MICROPOROSO, CAPACIDADE DE FILTRAGEM DE 5 MICRAS, COMPRIMENTO DE 20 POLEGADAS.	UM
172	48012	ELEMENTO FILTRANTE FABRICADO EM CARVÃO ATIVADO, CAPACIDADE DE FILTRAGEM DE 5 MICRAS, COMPRIMENTO DE 10 POLEGADAS.	UM
173	48013	ELEMENTO FILTRANTE FABRICADO EM CARVÃO ATIVADO, CAPACIDADE DE FILTRAGEM DE 5 MICRAS, COMPRIMENTO DE 20 POLEGADAS.	UM
174	10248	ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO, P/ MONITORIZAÇÃO CARDÍACA DE ALTA PRECISÃO, COM GEL ADESIVO, NÃO ESTÉRIL REG MS	UM
175	10249	ELETRODO DESCARTÁVEL PEDIÁTRICO, P/ MONITORIZAÇÃO CARDÍACA DE ALTA PRECISÃO, COM GEL ADESIVO, NÃO ESTÉRIL REG MS	UM
176	10273	EQUIPO MACROGOTAS DE GRAVIDADE, AMBAR P/ MEDICAÇÃO FOTOSSENSIVEL C/ ENTRADA DE AR, AJUSTADO P/ 20 GOTAS/ML, CÂMARA FLEXÍVEL, ATÓXICA, ISENTA DE PVC, FILTRO HIDRÓFOGO/BACTERIOLÓGICO, C/ TAMPA PROTETORA, FILTRO DE PARTÍCULAS DE 15 MICRAS, PINÇA ROLETE C/ CORTA FLUXOS E DESCANSO P/ O TUBO FLEXÍVEL ATÓXICO, ISENTO DE PVC C/ 1,40 M APROXIMADAMENTE, CONECTOR LUER MACHO C/ PROTETOR, INJETOR LATERAL EM Y C/ MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE, ESTERILIZADO EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/ PGC, REG MS E DE CONFORMIDADE C/ A NBR 14041.	UM
177	10272	EQUIPO MACROGOTAS DE GRAVIDADE, C/ ENTRADA DE AR, AJUSTADO P/ 20 GOTAS/ML, CÂMARA FLEXÍVEL, ATÓXICA, ISENTA DE PVC, FILTRO HIDRÓFOGO/BACTERIOLÓGICO, C/ TAMPA PROTETORA, FILTRO DE PARTÍCULAS DE 15 MICRAS, PINÇA ROLETE C/ CORTA FLUXOS E DESCANSO P/ O TUBO FLEXÍVEL ATÓXICO, ISENTO DE PVC C/ 1,40 M APROXIMADAMENTE, CONECTOR LUER MACHO C/ PROTETOR, INJETOR LATERAL EM Y C/ MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE, ESTERILIZADO EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/ PGC, REG MS E DE CONFORMIDADE C/ A NBR 14041.	UM

178	10277	EQUIPO MACROGOTAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES DE DIALISE PERITONEAL, DUAS VIAS COM DERIVAÇÃO EM Y, COM ENTRADA DE AR, CAMARA FLEXIVEL TRANSPARENTE, ATOXICA ISENTA DE PVC, FILTRO BACTERIOLOGICO 15 MICRAS, PINÇA ROLETE COM CORTA FLUXO, EMBALAGEM PGC, ESTERILIZADO EM OXIDO DE ETILENO, IMPRESSOS OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE, REG MS.	UM
179	10275	EQUIPO MICROGOTAS DE GRAVIDADE C/ ENTRADA DE AR, AJUSTADO P/ 60 GOTAS/ML, CÂMARA FLEXÍVEL, ATÓXICA, ISENTA DE PVC, FILTRO HIDRÓFUGO/BACTERIOLÓGICO, C/ TAMPA PROTETORA, FILTRO DE PARTÍCULAS DE 15 MICRAS, PINÇA ROLETE C/ CORTA-FLUXO E DESCANSO P/ O TUBO FLEXÍVEL, ATÓXICO, ISENTO DE PVC C/ 1,40 M APROXIMADAMENTE, CONECTOR LUER MACHO C/ PROTETOR, INJETOR LATERAL EM Y C/ MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE, ESTERILIZADO EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/ PGC REG MS E DE ACORDO C/ A NBR 14041.	UM
180	10276	EQUIPO P/SANGUE E HEMODERIVADOS DE GRAVIDADE, AJUSTADO P/ 20 GOTAS/ML APROXIMADAMENTE, CÂMARAS DUPLAS FLEXÍVEIS EM PVC ATÓXICO, TRANSPARENTE, FILTRO DE 18 CM2. C/ MALHA DE 170 MICRAS, PINÇA ROLETE DE CORTA-FLUXO E DESCANSO P/O TUBO, TUBO FLEXÍVEL DE PVC ATÓXICO C/ 1,50 M APROXIMADAMENTE, CONECTOR LUER MACHO, C/ PROTETOR, ESTELIZADO EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/PGC, REG MS E DE CONFORMIDADE C/ A NORMA ISO 1135.	UM
181	10280	EQUIPO PARENTERAL (NUTRIÇÃO PARENTERAL E MEDICAMENTOS) P/ BOMBA DE INFUSÃO, COM PONTA PERFURANTE, C/ ENTRADA DE AR E FILTRO HIDROFUGO E BACTERIOLOGICO DE 0,22 MICRON, C/ TAMPA PROTETORA, CAMARA FLEXIVEL DE PVC, ATOXICO, C/ LINHA INDICADORA DE NIVEL IDEAL, SEGMENTO DE SILICONE, INTERMEDIARIO LUER C/ TAMPA PROTETORA, TUBO EM PVC ATOXICO, PINÇA ROLETE E DESCANSO P/ O TUBO, INJETOR LATERAL EM Y E CORTA-FLUXO, C/ MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE, ESTERELIZADO EM OXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/ PGC, REG MS E DE ACORDO C/ A NBR 14041.	UM
182	10278	EQUIPO PARENTERAL AMBAR" P/ MEDIC. FOTOSENSIVEL P/ BOMBA DE INFUSÃO, PONTA PERFURANTE, C/ ENTRADA DE AR E FILTRO HIDROFUGO E BACTERIOLOGICO DE 0,22 MICRON, C/ TAMPA PROTETORA, CAMARA FLEXIVEL DE PVC, ATOXICO, C/ LINHA INDICADORA DE NIVEL IDEAL, SEGMENTO DE SILICONE, INTERMEDIARIO LUER C/ TAMPA PROTETORA, TUBO EM PVC ATOXICO, PINÇA ROLETE E DESCANSO P/ O TUBO, INJETOR LATERAL EM Y E CORTA-FLUXO, C/ MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE, ESTERELIZADO EM OXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/ PGC, REG MS E DE ACORDO C/ A NBR 14041.	UM
183	10271	EQUIPO PRESSÃO VENOSA CENTRAL AJUSTADO P/ 20 GOTAS/ML, CÂMARA FLEXÍVEL CRISTAL, ATÓXICO, DUAS PINÇAS ROLETE C/ CORTA-FLUXO E DESCANSO P/O TUBO, DERIVAÇÃO EM Y DE CRISTAL ATÓXICO, C/ PROTETOR, TUBO FLEXÍVEL DE CRISTAL ATÓXICO, C/ PROTETOR FITA GRADUADA DE 0 A 60 CM, ESTERILIZADO EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/PGC, REG MS E DE ACORDO C/ A NBR 14041.	UM
184	46706	ESCOVA DENTAL COM FUNÇÃO DE ASPIRAÇÃO E PROTETOR DE CERDAS, REG MS.	UM
185	10283	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS C/ ESPUMA IMPREGNADA DE PVPI OU CLOREXIDINA, C/ CERDAS MACIAS, CABO PLÁSTICO, DESCARTÁVEL, EMBALAGEM ALUMINIZADA/BLISTER, REG MS	UM
186	10289	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO EM NÃO TECIDO (TIPO MICROPORE) COM ADESIVO ACRÍLICO ROLO DE 25 MM X 4,5M APROXIMADAMENTE, EMBALAGEM DE PROTEÇÃO EM PGC RÍGIDO, REG MS.	RL

187	10290	ESPARADRAPO HIPOALERGÊNICO EM NÃO TECIDO (TIPO MICROPORE), COM ADESIVO ACRÍLICO ROLO DE 50 MM X 4,5 M APROXIMADAMENTE, EMBALAGEM DE PROTEÇÃO EM PGC RÍGIDO REG MS.	RL
188	8605	ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL, TECIDO 100% ALGODÃO, C/ TRATAMENTO ACRÍLICO E RESINAS, ADESIVO A BASE DE ÓXIDO DE ZINCO, C/ BORRACHA NATURAL, TAMANHO DE 10 CM X 4,5 M. EMBALAGEM DE PROTEÇÃO EM PVC RÍGIDA, REG. MS	RL
189	9667	ESPÁTULA DE MADEIRA (ABAIXADOR DE LÍNGUA)	UM
190	46707	EXTENSOR PARA ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS EM BOMBAS DE SERINGAS, TUBO TRANSPARENTE, CONECTOR DISTAL LUER FÊMEA COM TAMPA PROTETORA, CONEXÃO LUER SLIP COM O PACIENTE, COM APROXIMADAMENTE 120CM, ESTÉRIL, REG MS.	UM
191	10305	FAIXA DE SMARCH 2M X 5CM EM BORRACHA COR PADRÃO, COM ELASTICIDADE, REG MS	UM
192	10303	FAIXA DE SMARCH 2M X 10CM EM BORRACHA COR PADRÃO, COM ELASTICIDADE, REG MS	UM
193	10304	FAIXA DE SMARCH 2M X 15CM EM BORRACHA, COR PADRÃO, COM ELASTICIDADE, REG MS	UM
194	43974	FILTRO ANTI-BACTERIANO E ANTI-VIRAL - SERVO GUARD - DE ÚNICA UTILIZAÇÃO, PARA USO EM VENTILADORES MECÂNICOS DA MARCA SERVO S-MAQUET.	UM
195	12443	FITA ADESIVA EM PAPEL CREPADO BRANCA 32MM X 30M	RL
196	10432	FITA ADESIVA EM PAPEL CREPADO, P/ AUTOCLAVE COM TINTA TERMOSENSÍVEL E COBERTA COM ADESIVO A BASE DE RESINA E BORRACHA, 19 MM X 30 M, REG MS	RL
197	13858	FITA ADESIVA HOSPITALAR 19 MM X 50M	RL
198	10433	FITA CARDIACA DE ALGODÃO BRANCO TRANÇADO, DE 80 CM, PRE-CORTADO	RL
199	46708	FIXADOR ADESIVO PARA SONDA NASAL, HIPOALERGÊNICO, FORMATO ANATÔMICO, TAMANHO ADULTO, REG MS.	UM
200	46710	FIXADOR PARA TUBO ENDOTRAQUEAL EM TECIDO HIPOALARGÊNICO, ATÓXICO E REGULÁVEL, TAMANHO ADULTO, REG MS.	UM
201	46711	FIXADOR PARA TUBO ENDOTRAQUEAL EM TECIDO HIPOALARGÊNICO, ATÓXICO E REGULÁVEL, TAMANHO INFANTIL, REG MS.	UM
202	46713	FRALDA GERIÁTRICA DESCARTÁVEL COM FITA ADESIVA NAS LATERAIS REPOSICIONÁVEIS, LINHA INDICADORA DE UMIDADE, FLOC GEL E ELÁSTICO NAS PERNAS, TAMANHO G, REG MS.	UM
203	46714	FRALDA GERIÁTRICA DESCARTÁVEL COM FITA ADESIVA NAS LATERAIS REPOSICIONÁVEIS, LINHA INDICADORA DE UMIDADE, FLOC GEL E ELÁSTICO NAS PERNAS, TAMANHO M, REG MS.	UM
204	41763	FRASCO DE COLETA DE DIURESE 24 HS, NÃO ESTÉRIL, DESCARTÁVEL, CAPACIDADE 2 LTS, TAMPA DE ROSCA E VEDAÇÃO INTERNA, POLIETILENO OU PLÁSTICO RESISTENTE Á IMPACTO, PERFURAÇÃO E CORTE.	UM
205	10462	GAZE TIPO QUEIJO 91 X 91	RL
206	12447	GEL HIDRATANTE E ABSORVENTE PARA FERIDAS, ESTERIL OU NAO ESTERIL, COMPOSTO DE ALGINATO DE CALCIO E SODIO E CARBOXIMETILCELULOSE SODICA EM UM EXCIPIENTE AQUOSO, TRANSPARENTE E VISCOSO, TUBO 25G.	TB
207	14881	GEL HIDRATANTE E ABSORVENTE PARA FERIDAS, ESTERIL OU NAO ESTERIL, COMPOSTO DE ALGINATO DE CALCIO E SODIO E CARBOXIMETILCELULOSE SODICA EM UM EXCIPIENTE AQUOSO, TRANSPARENTE E VISCOSO, TUBO 85G.	TB

208	10492	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL A BASE DE CELULOSE E/OU COLÁGENO, TAMANHO APROXIMADO DE 80 MM X 125 MM X 10 MM, ESTERIL EM OXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, PAPEL GRAU CIRURGICO, REG MS	UM
209	10493	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA, ESTERIL, DE PH ACIDO, PARA VASOCONTRICÇÃO, FORMAÇÃO DE COÁGULO E TAMPONAMENTO MECANICO, COM MINIMAS REAÇÕES TECIDUAIS, TAMANHO APROXIMADO DE 70 MM X 50 MM X 10 MM E REG MS.	UM
210	10497	INCENTIVADOR RESPIRATORIO A PRESSAO, CONFECCIONADO EM MATERIAL PLASTICO RESISTENTE, GRADUADOR DE RESISTENCIA LOCALIZADO NA PARTE INFERIOR, TRES ESFERAS PLASTICAS MOVEIS QUE OSCILAM DURANTE A UTILIZAÇÃO DO MESMO, ACOMPANHA TRAQUEIA E BUCAL DENOMINA-SE RESPIRON.	UM
211	10499	INCENTIVADOR RESPIRATORIO A VOLUME, CONFECCIONADO EM MATERIAL PLASTICO RESISTENTE, GRADUADOR DE 500 A 500 ML, COM ALÇA LATERAL E MARCADOR DESLIZANTE, DOIS CILINDROS INTERNOS QUE OSCILAM DURANTE A UTILIZACAO DO MESMO, ACOMPANHA TRAQUEIA E BUCAL.	UM
212	12449	INTEGRADOR QUÍMICO DE ESTERILIZAÇÃO QUE PERMITA A LEITURA DE TEMPO, TEMPERATURA E VAPOR SATURADO EM AUTOCLAVE, DE USO ÚNICO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, EM PGC, REG MS DE ACORDO COM CDC ART 31.	UM
213	8678	INVOLUCRO DE ÓBITO IMPERMEAVEL, POLIETILENO, FECHAMENTO C/ ZIPER, SELADO E COSTURADO, COR PRETA E/OU CINZA, C/ ETIQUETA, TAMANHO ADULTO, MEDINDO 0,90 X 2,10M	UM
214	10514	ISOLADOR DO CONDUTOR DE PRESSÃO REG MS	UM
215	10517	KIT CATETER DUPLO LUMEM DE 12 FR X 8 (20CM) PARA HEMODIÁLISE, EM POLIUTERANO RADIOPACO, UM FIO GUIA DE 0,35" (0,89 MM), UMA SERINGA DESC. DE 5 ML COM BICO LUER-SLIP, E UM DILATADOR DE VEIA EMBALADO EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, CONTENDO TODOS OS DADOS DO PRODUTO E DO FABRICANTE E PRAZO DE VALIDADE REG. MS"	UM
216	10522	KIT DE PRESSÃO INVASIVA ADULTO C/ TRANSDUTOR (2010 DX) CABO DE INTERLIGAÇÃO COM CATETER (MX 9604) COMPATIVEL COM O MODULO DE DÉBITO E MONITOR DO DIXTAL - MODELO 2010 (DX) COM BOLSA DE PRESSURIZAÇÃO (CLEAR CUFF) PARA 0,5 LITROS. ADULTO	UM
217	5670	KIT PARA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA, MODELO PEG-24	UM
218	20497	KIT PARA LIGADURA DE VARIZES, REUTILIZAVEL, COM NO MINIMO 6 DISPAROS E MAIS REFIL DE RECARGA.	UM
219	10527	LÂMINA DE BISTURI N.11 DE AÇO ESPECIAL, AFIAÇÃO E POLIMENTO AUTOMATIZADO EMB. INDIV. ALUMINIZADA ESTERIL EM COBALTO 60 REG MS	UM
220	10526	LÂMINA DE BISTURI N.12 DE AÇO ESPECIAL, AFIAÇÃO E POLIMENTO AUTOMATIZADO EMB. INDIV. ALUMINIZADA ESTERIL EM COBALTO 60 REG MS	UM
221	10528	LÂMINA DE BISTURI N.15 DE AÇO ESPECIAL, AFIAÇÃO E POLIMENTO AUTOMATIZADO EMB. INDIV. ALUMINIZADO ESTERIL EM COBALTO 60, REG MS	UM
222	10529	LÂMINA DE BISTURI N.21 DE AÇO ESPECIAL AFIAÇÃO E POLIMENTO AUTOMATIZADO EMB. INDIV. ALUMINIZADA ESTERIL EM COBALTO 60, REG MS	UM
223	10530	LÂMINA DE BISTURI N.23 DE AÇO ESPECIAL, AFIAÇÃO E POLIMENTO AUTOMATIZADO EMB. INDIV. ALUMINIZADA ESTERIL EM COBALTO 60 REG MS	UM
224	10531	LÂMINA P/ BARBEAR EM AÇO INOX	UM

225	29969	LANCETAS DESCARTÁVEIS, DE USO ÚNICO, PARA PUNÇÃO DIGITAL E COLETA DE SANGUE CAPILAR, ACOPLADA A DISPOSITIVO COM RETRAÇÃO AUTOMÁTICA DA LANCETA APÓS O USO (GARANTINDO ASSIM O DESCARTE SEGURO, DE ACORDO COM A NR-32, DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO).	UM
226	13860	LENÇOL HOSPITALAR DESCARTÁVEL 70CM X 50MT ESPECIAL - BRANCO 100% (NÃO RECICLADO)	UM
227	10553	LIGADURA CLIP EXTRA LT 100 COM 6 PEQUENOS CLIPS DE TITÂNIO, COM VISOR, USADO PARA MICROCIRURGIA E REIMPLANTES, COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTOS, EMBALADO EM PAPEL GRAU CIRURGICO E COM REG. NO MS. (UNIDADE DE CARTUCHO)	UM
228	38935	LIGADURA CLIP EXTRA LT 200, COM 18 E/OU 20 CARTUCHOS, COM 6 PEQUENOS CLIPS DE TITÂNIO, COM VISOR, USADO PARA MICROCIRURGIA E REIMPLANTES, COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO, EMBALADO EM PAPEL GRAU CIRURGICO E COM REG. NO MS. (UNIDADE DE CARTUCHO)	UM
229	13389	LIGADURA CLIP EXTRA LT 300, COM 18 E/OU 20 CARTUCHOS, COM 6 PEQUENOS CLIPS DE TITÂNIO, COM VISOR, USADO PARA MICROCIRURGIA E REIMPLANTES, COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO, EMBALADO EM PAPEL GRAU CIRURGICO E COM REG. NO MS. (UNIDADE DE CARTUCHO)	UM
230	8588	LINHA DE SANGUE ARTERIAL P/ HEMODIALISE, CALIBRE DE 8 X 20 MM, COM AGULHA ÚNICA, COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO MARCA FRESENIUS, CONECTOR PARA DIFERENTES TIPOS DE AGULHA DE FISTULA, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER EXTENSÕES PARA BOMBA DE HEPARINA E PARA SORO, PONTO DE INJEÇÃO E PINÇAS, EMBALAGEM PGC, ESTERIL, EM ETO, REG MS	UM
231	8589	LINHA DE SANGUE VENOSO PARA HEMODIÁLISE, CALIBRE DE 8 X 20 MM, COM CATABOLHA, COMPATÍVEL COM EQUIPAMENTO MARCA FRESENIUS, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CONECTOR PARA DIFERENTES TIPOS DE AGULHA DE FÍSTULA PINÇA, EMB PGC, ESTERIL. EM ETO, REG MS	UM
232	47381	LUVA CIRÚRGICA ANTI-ALÉRGICA N. 7,0 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, COM AUSÊNCIA DE PÓ, REVESTIDA INTERNAMENTE COM CAMADA DE POLIURETANO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
233	47382	LUVA CIRÚRGICA ANTI-ALÉRGICA N. 7,5 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, COM AUSÊNCIA DE PÓ, REVESTIDA INTERNAMENTE COM CAMADA DE POLIURETANO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
234	47383	LUVA CIRÚRGICA ANTI-ALÉRGICA N. 8,0 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, COM AUSÊNCIA DE PÓ, REVESTIDA INTERNAMENTE COM CAMADA DE POLIURETANO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR

235	47384	LUVA CIRÚRGICA N. 6,5 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
236	47385	LUVA CIRÚRGICA N. 7,0 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
237	47386	LUVA CIRÚRGICA N. 7,5 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
238	47387	LUVA CIRÚRGICA N. 8,0 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
239	47388	LUVA CIRÚRGICA N. 8,5 DE LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, ANTIDERRAPANTE, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, ALTA SENSIBILIDADE TÁTIL, FORMATO ANATÔMICO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 280 MM, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA IDENTIFICANDO NUMERAÇÃO E DIREITA E ESQUERDA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EXTERNA IDENTIFICANDO A NUMERAÇÃO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
240	48224	LUVA PARA PROCEDIMENTO NAO ESTERIL, TAMANHO GRANDE, EM LATEX NATURAL, FORMATO ANATOMICO, PULVERIZADA COM PO BIO ABSORVIVEL, AMBIDESTRA, COM BAINHA, COMPRIMENTO MINIMO DE 280 MM, ACONDICIONADAS EM CAIXA COM ABERTURA PICOTADA CONTENDO 100 UNIDADES, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A COM A NBR 13391	CX
241	48223	LUVA PARA PROCEDIMENTO NAO ESTERIL, TAMANHO MÉDIA, EM LATEX NATURAL, FORMATO ANATOMICO, PULVERIZADA COM PO BIO ABSORVIVEL, AMBIDESTRA, COM BAINHA, COMPRIMENTO MINIMO DE 280 MM, ACONDICIONADAS EM CAIXA COM ABERTURA PICOTADA CONTENDO 100 UNIDADES, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A COM A NBR 13391	CX
242	48222	LUVA PARA PROCEDIMENTO NAO ESTERIL, TAMANHO PEQUENA, EM LATEX NATURAL, FORMATO ANATOMICO, PULVERIZADA COM PO BIO ABSORVIVEL, AMBIDESTRA, COM BAINHA, COMPRIMENTO MINIMO DE 280 MM, ACONDICIONADAS EM CAIXA COM ABERTURA PICOTADA CONTENDO 100 UNIDADES, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A COM A NBR 13391	CX

243	47393	LUVA PROCEDIMENTO ESTÉRIL, TAMANHO GRANDE, LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, AMBIDESTRA, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, FORMATO ANATÔMICO, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA E EXTERNA IDENTIFICANDO O TAMANHO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
244	47391	LUVA PROCEDIMENTO ESTÉRIL, TAMANHO MÉDIO, LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, AMBIDESTRA, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, FORMATO ANATÔMICO, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA E EXTERNA IDENTIFICANDO O TAMANHO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
245	47390	LUVA PROCEDIMENTO ESTÉRIL, TAMANHO PEQUENO, LÁTEX NATURAL, ALTA RESISTÊNCIA, AMBIDESTRA, PULVERIZADA COM PÓ BIO ABSORVÍVEL ATÓXICO, FORMATO ANATÔMICO, COM BAINHA, EMBALAGEM INTERNA E EXTERNA IDENTIFICANDO O TAMANHO, ESTÉRIL, REG MS, NR DO CA DO MT E DE ACORDO COM A NBR 13391.	PR
246	13865	MANTA SMS PARA ESTERILIZAÇÃO 75CM X 75CM	UM
247	990952	MANTA SMS PARA ESTERILIZAÇÃO 100CM X 100CM	UM
248	990953	MANTA SMS PARA ESTERILIZAÇÃO 120CM X 120CM	UM
249	13866	MANTA SMS PARA ESTERILIZAÇÃO 150CM X 150CM	UM
250	38895	MALHA TUBULAR ORTOPÉDICA, 100% ALGODÃO - TAM - 6 CM	UM
251	38897	MALHA TUBULAR ORTOPÉDICA, 100% ALGODÃO - TAM- 10 CM	UM
252	38898	MALHA TUBULAR ORTOPÉDICA, 100% ALGODÃO - TAM- 12 CM	UM
253	38900	MALHA TUBULAR ORTOPÉDICA, 100% ALGODÃO - TAM- 15 CM	UM
254	10593	MÁSCARA DESCARTÁVEL COM PROTECAO TRIPLA, FIXAÇÃO COM QUATRO TIRAS DE COMPRIMENTO MINIMO DE 300 MM DE CADA CANTO DA MASCARA ATE A EXTREMIDADE DISTAL DA AMARRA, SENDO DUAS INFERIORES E DUAS SUPERIORES, COM MESMO COMPRIMENTO E TAMANHOS IGUAIS; MODELO RETANGULAR SANFONADA, COM CLIP NASAL, COM EFICIÊNCIA DE FILTRAGEM BACTERIANA MAIOR OU IGUAL A 95 %, CONFEÇÃO EM POLIPROPILENO, HIPOALÉRGICA, INODORO, ATÓXICO E COM REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAUDE.	UM
255	5849	MONITOR PARA SOLUÇÕES DE GLUTARALDEIDO A 2% TIRAS	UM
256	42390	MONITOR PARA SOLUÇÕES DE GLUTARALDEIDO DE 1,5 A 1,8 % (TIRAS)	UM
257	10608	PAPEL CREPADO 120 X 120 CM, 100 % CELULOSE, C/ GRAMATURA DE 60 G/ M2, OFERECE BARREIRA MICROBIANA, EFICAZ ATRAVÉS DE POROSIDADES CONTROLADA (COMPROVADA POR MEIO DE BFE) MANTENDO A ESTERILIDADE DO ARTIGO POR PRAZO SUPERIOR AO PROPORCIONADO PELO TÉCNICO (MÍNIMO DE 30 DIAS). NÃO IRRITANTE, BIODEGRADÁVEL, ATÓXICO, RESISTENTE À RUPTURA, RASGUO E ESTOURO. INDICADO P/ EMPACOTAMENTO DE ARTIGOS HOSPITALARES EM GERAL A SEREM ESTERILIZADOS EM AUTOCLAVE A VAPOR OU ÓXIDO DE ETILENO.	FL

258	10609	PAPEL CREPADO 30 X 30 CM, 100 % CELULOSE, 60 G/ M2, BARREIRA MICROBIANA EFICAZ ATRAVÉS DE POROSIDADES CONTROLADA (COMPROVADA POR MEIO DE BFE) MANTENDO A ESTERILIDADE DO ARTIGO POR PRAZO SUPERIOR AO PROPORCIONADO PELO TÉCNICO, MÍNIMO DE 30 DIAS. NÃO IRRITANTE, BIODEGRADÁVEL, ATÓXICO, RESISTENTE À RUPTURA, RASGO E ESTOURO. INDICADO P/ EMPACOTAMENTO DE ARTIGOS HOSPITALARES EM GERAL A SEREM ESTERILIZADOS EM AUTOCLAVE A VAPOR OU ÓXIDO DE ETILENO.	FL
259	10610	PAPEL CREPADO 60 X 60 CM, 100% CELULOSE, C/GRAMATURA DE 60 GMF, OFERECE BARREIRA MICROBIANA EFICAZ ATRAVÉS DE POROSIDADES CONTROLADA COMPROVADA POR MEIO DE BFE) MANTENDO A ESTERILIDADE DO ARTIGO POR PRAZO SUPERIOR AO PROPORCIONADO PELO TÉCNICO, MÍNIMO DE 30 DIAS, NÃO IRRITANTE, BIODEGRADÁVEL, ATÓXICO, RESISTENTE A RUPTURA, RASGO E ESTOURO, INDICADO P/ EMPACOTAMENTO DE ARTIGOS HOSPITALARES EM GERAL A SEREM ESTERILIZADOS EM AUTOCLAVE A VAPOR OU ÓXIDO DE ET	FL
260	10611	PAPEL GRAU CIRÚRGICO C/ FILME TERMOPLÁSTICO 150 MM X 100 M, ABNT NBR 14990, BOBINA, GRAMATURA MÍNIMA 60 G/M2.	UM
261	9620	PAPEL GRAU CIRÚRGICO C/ FILME TERMOPLÁSTICO 300MM X 100M, ABNT NBR 14990, BOBINA GRAMATURA MÍNIMA 60 G/M2	UM
262	9621	PAPEL GRAU CIRÚRGICO C/ FILME TERMOPLÁSTICO 75 MM A 80 MM X 100M, ABNT NBR 14990, BOBINA, GRAMATURA MÍNIMA 60G/M2	UM
263	41690	PAPEL TÉRMICO DE 80MM (LARGURA DO QUADRICULADO), 90MM (LARGURA DO PAPEL), PARA REGISTRO DO TRAÇADO DO ELETROCARDIOGRAMA APÓS CHOQUE NO PACIENTE, DO DESFIBRILADOR MARCA ZOLL M. SERIES, UTILIZADO NA UNIDADE).	RL
264	41744	PAPEL TERMOSENSÍVEL DO REGISTRADOR PARA O ELETROCARDIOGRAFO SE-1, MODELO SMART ECG SE-1, UTILIZADO NA UNIDADE. LARGURA DO PAPEL 48 A 50 MM.	RL
265	25211	PAS ELETRODO DE DESFIBRILAÇÃO ADESIVA DESCARTAVEL AUTO ADERENTE E MULTIFUNCIONAL DE USO ADULTO COM AREA DE SUPERFICIE ATIVA NOMINAL DE 100 CM2 E COM CABO DE CONEXÃO DE 120 CM, COM RESTRIÇÃO DE USO NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL E SIATE.	UM
266	16661	PASSADOR DE SERRA DE GIGLE	UM
267	47514	PELÍCULA PROTETORA DE SOLUÇÃO POLIMÉRICA DIFUNDIDA EM SOLVENTE NÃO CITOTÓXICO, NÃO ALCOÓLICA E NÃO GORDUROSA, COMPOSTA DE EMOLIENTE, RECONDICIONANTE DE PELE E ACRILATO, QUE PROPICIA A FORMAÇÃO DE PELÍCULA UNIFORME QUANDO APLICADA A PELE, SECAGEM RÁPIDA, POSSUI BOA PERMEABILIDADE AO OXIGÊNIO E AO VAPOR, FRASCO SPRAY 28ML, REG. MS.	FRASCO
268	10714	PRESERVATIVO EM LATEX, NÃO LUBRIFICADO, C/ RESERVATÓRIO, LADOS PARALELOS, EMBALADOS INDIVIDUALMENTE C/ REGISTRO DO M.S.	UM
269	8677	PULSEIRA P/ IDENTIFICAÇÃO DE CADAVER C/ FECHO REGULÁVEL, INVIOLÁVEL, DE PRESSÃO, EM PLASTICO RESISTENTE NA COR AZUL, ESPAÇO P/ IDENTIFICAÇÃO NA PRÓPRIA PULSEIRA, EMBALAGEM INDIVIDUAL E REG MS.	UM
270	10786	SAPATILHA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL C/ ELÁSTICO NAS BORDAS -NA GRAMATURA 30GR/M2	PR
271	46667	SERINGA DESCARTÁVEL DE 01 ML, COM AGULHA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 2 EM 2 UNIDADES, AUSÊNCIA DE ESPAÇO MORTO, ÊMBOLO ULTRAFINE FIXA 13X3,3 A 4,5 C/ PROTETOR, ESTÉRIL, REG MS, EM CUMPRIMENTO À NR32/2005.	UM

272	12445	SERINGA DESCARTÁVEL DE 03 ML, S/AGULHA EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, BICO LUER LOK, ROSCA DUPLA C/ ANEL DE RETENÇÃO EMB PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERILIZADA EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
273	46664	SERINGA DESCARTÁVEL DE 03 ML, SEM AGULHA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 01 ML, ÊMBOLO SILICONIZADO, COM ANEL DE RETENÇÃO, ESTÉRIL, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
274	49180	SERINGA DESCARTÁVEL DE 05 ML, S/AGULHA EM POLIPROPILENO CRISTAL ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, BICO LUER SLIP LATERAL C/ ANEL DE RETENÇÃO EMB PGC FACE TRANSPARENTE ESTERILIZADA EM ÓXIDO DE ETILENO, REG MS	UM
275	46665	SERINGA DESCARTÁVEL DE 05 ML, SEM AGULHA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 01 ML, ÊMBOLO SILICONIZADO, COM ANEL DE RETENÇÃO, ESTÉRIL, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
276	9108	SERINGA DESCARTÁVEL DE 10 ML, S/AGULHA, EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, BICO LUER LOK, ROSCA DUPLA C/ANEL DE RETENÇÃO EMB, PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERILIZADA EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
277	46666	SERINGA DESCARTÁVEL DE 10 ML, SEM AGULHA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 01 ML, ÊMBOLO SILICONIZADO, COM ANEL DE RETENÇÃO, ESTÉRIL, REG. MS, EM CUMPRIMENTO À NR 32/2005.	UM
278	9110	SERINGA DESCARTÁVEL DE 20 ML S/AGULHA EM POLIPROPILENO CRISTAL ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, BICO L C/ ANEL DE RETENÇÃO EMB PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERILIZADA EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
279	9548	SERRA DE GIGLE 40 CM, EM AÇO INOXIDAVEL, REG. MS.	UM
280	25240	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12	UM
281	25241	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14	UM
282	12448	SISTEMA REGENERADOR DE CALOR E UMIDADE ASSOCIADO A UM FILTRO BARREIRA BACTERIANA E VIRAL COM MEMBRANA HIDROFOBICA DESTINADO A INTERFACE RESPIRADOR / PACIENTE COM CONEXOES UNIVERSAIS A CANULA E CIRCUITO RESPIRATORIO E QUE PERMITE UM VOLUME CORRENTE (INTERNO) ENTRE 300 E 1200 ML, ADULTO, USO UNICO, ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PAPEL GRAU CIRURGICO, INDIVIDUAL E ESTERILIZADO REG MS	UM
283	30022	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL NR. 06 C/ VÁLVULA DE PRESSÃO NEGATIVA PLÁSTICO TRANSPARENTE E FLEXIVEL, EXTREMO DISTAL C/ NO MÍNIMO 03 FUROS, EXTREMO PROXIMAL DE PVC CONECTADO A SONDA C/ ORIFÍCIO DE CONEXÃO E SAÍDA DE SECREÇÃO ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO, EMB P.G.C REG MS	UM
284	30023	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL NR. 08 C/ VALVULA DE PRESSÃO NEGATIVA, PLÁSTICO TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, EXTREMO DISTAL C/ NO MÍNIMO 03 FUROS, EXTREMO PROXIMAL DE PVC CONECTADO A SONDA C/ ORIFÍCIO DE CONEXÃO E SAÍDA DE SECREÇÃO ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO, EMB P. G. C REG MS	UM
285	30024	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL NR. 10 C/ VALVULA DE PRESSÃO NEGATIVA PLÁSTICO TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, EXTREMO DISTAL C/ NO MÍNIMO 03 FUROS, EXTREMO PROXIMAL DE PVC CONECTADO A SONDA C/ ORIFÍCIO DE CONEXÃO E SAÍDA DE SECREÇÃO ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO, EMB P.G.C., REG MS	UM

286	30025	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL NR. 12 C/ VALVULA DE PRESSÃO NEGATIVA, PLÁSTICO TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, EXTREMO DISTAL C/ NO MÍNIMO 03 FUROS, EXTREMO PROXIMAL DE PVC CONECTADO A SONDA C/ ORIFÍCIO DE CONEXÃO E SAÍDA DE SECREÇÃO ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO, EMB P. G. C REG MS	UM
287	30026	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL NR. 14 C/ VALVULA DE PRESSÃO NEGATIVA PLÁSTICO TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, EXTREMO DISTAL C/ NO MÍNIMO 03 FUROS, EXTREMO PROXIMAL DE PVC CONECTADO A SONDA C/ ORIFÍCIO DE CONEXÃO E SAÍDA DE SECREÇÃO ESTERILIZADO A ÓXIDO DE ETILENO, EMB P; G.C REG MS	UM
288	8565	SONDA DE FOLEY N 08 C/ 2 VIAS DE SILICONE, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA, C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER. ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE, EMBALAGEM EXTERNA EM PGC, REG MS	UM
289	8557	SONDA DE FOLEY N 12 C/ 2 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA, C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
290	8558	SONDA DE FOLEY N 14 C/ 2 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA, C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL, C/ 2 VIAS SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSP. EMB. EXTERNA EM PGC, REG MS	UM
291	12977	SONDA DE FOLEY N 16 C/ 2 VIAS DE SILICONE, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA VÁLVULA DE CONEXÃO LUER, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PQC REG MS	UM
292	9208	SONDA DE FOLEY N 16 C/ 2 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE, EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
293	8586	SONDA DE FOLEY N 16 C/ 3 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE, EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
294	12974	SONDA DE FOLEY N 18 C/ 2 VIAS DE SILICONE, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA, C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM

295	12975	SONDA DE FOLEY N 18 C/ 2 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 5 A 10 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
296	8560	SONDA DE FOLEY N 20 C/ 2 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA, C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 20 A 30 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
297	8567	SONDA DE FOLEY N 20 C/ 3 VIAS DE SILKOLATEX EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 20 A 30 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
298	8561	SONDA DE FOLEY N 22 C/ 2 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 20 A 30 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS, SENDO UMA C/ CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VALVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
299	8562	SONDA DE FOLEY N 22 C/ 3 VIAS DE SILKOLATEX, EXTREMO DISTAL DE PONTA FECHADA E ATRAUMÁTICA C/ ORIFÍCIOS LATERAIS OPOSTOS E PEQUENO BALÃO INSUFLÁVEL DE 20 A 30 CC, EXTREMO PROXIMAL C/ 2 VIAS SENDO UMA DE CONEXÃO UNIVERSAL E OUTRA C/ VÁLVULA DE CONEXÃO LUER ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMBALAGEM INTERNA PROTETORA EM PLÁSTICO TRANSPARENTE EMBALAGEM EXTERNA EM PGC REG MS	UM
300	20495	SONDA DE FOUCHET 18 MM DE DIAMETRO INTERNO.	UM
301	20496	SONDA DE FOUCHET 20 MM DE DIAMETRO INTERNO.	UM
302	8674	SONDA DE MALECOT NR 18 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL EM FORMA AFLORADA C/ ABERTURAS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRURGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
303	8669	SONDA DE MALECOT NR 20 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL EM FORMA AFLORADA C/ ABERTURAS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
304	8670	SONDA DE MALECOT NR 24 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL EM FORMA AFLORADO C/ ABERTURAS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
305	8671	SONDA DE MALECOT NR 28 DE SILICONE+BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL EM FORMA AFLORADA C/ ABERTURAS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM

306	8672	SONDA DE MALECOT NR 30 DE SILICONE+BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL EM FORMA AFLORADA C/ ABERTURAS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
307	8673	SONDA DE MALECOT NR 32 DE SILICONE+BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL EM FORMA AFLORADA C/ ABERTURAS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
308	8735	SONDA DE PEEZER NR 20 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL ABAULADO COM ORIFÍCIOS EXTREMO PROXIMAL C/FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
309	8743	SONDA DE PEEZER NR 24 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL ABAULADO COM ORIFÍCIOS, EXTREMO PROXIMAL C/FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
310	8734	SONDA DE PEEZER NR 26 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL ABAULADO COM ORIFÍCIOS, EXTREMO PROXIMAL C/FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
311	8733	SONDA DE PEEZER NR 28 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX), EXTREMO DISTAL ABAULADO COM ORIFÍCIOS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
312	8732	SONDA DE PEEZER NR 30 DE SILICONE + BORRACHA (SILKOLATEX)), EXTREMO DISTAL ABAULADO COM ORIFÍCIOS, EXTREMO PROXIMAL C/ FORMA DE FUNIL, TAMANHO APROXIMADO DE 40 CM EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
313	8729	SONDA ENTERAL NASOGASTRICA, DUODENAL, JEJUNAL EM POLIURETANO E RADIOPACO, COM MANDRIL DE AÇO FLEXIVEL, COM FITA ADESIVA PARA FIXAÇÃO ELASTICA, 2 ABERTURAS LATERAIS OPOSTAS NA OGIVA, COM TAMPA PROTETORA COM LUER, NR. 08 (INFANTIL) COM TUNGSTENIO NO EXTREMO DISTAL, CONEXAO UNIVERSAL ORIFICIOS LATERAIS ESTERIL EM OXIDO D ETILENO EMB PGC INDIVIDUAL OU BLISTER REG.	UM
314	12978	SONDA ENTERAL NASOGASTRICA, DUODENAL, JEJUNAL EM POLIURETANO E RADIOPACO, COM MANDRIL DE AÇO FLEXIVEL, COM FITA ADESIVA PARA FIXAÇÃO ELASTICA, 2 ABERTURAS LATERAIS OPOSTAS NA OGIVA, COM TAMPA PROTETORA COM LUER, NR. 10 (ADULTO) COM TUNGSTENIO NO EXTREMO DISTAL, CONEXAO UNIVERSAL ORIFICIOS LATERAIS ESTERIL EM OXIDO D ETILENO EMB PGC INDIVIDUAL OU BLISTER REG.	UM
315	8727	SONDA ENTERAL NASOGASTRICA, DUODENAL, JEJUNAL EM POLIURETANO E RADIOPACO, COM MANDRIL DE AÇO FLEXIVEL, COM FITA ADESIVA PARA FIXAÇÃO ELASTICA, 2 ABERTURAS LATERAIS OPOSTAS NA OGIVA, COM TAMPA PROTETORA COM LUER, NR. 12 (ADULTO) COM TUNGSTENIO NO EXTREMO DISTAL, CONEXAO UNIVERSAL ORIFICIOS LATERAIS ESTERIL EM OXIDO D ETILENO EMB PGC INDIVIDUAL OU BLISTER REG.	UM
316	9185	SONDA NASOGASTRICA LONGA NR 08 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM

317	12461	SONDA NASOGASTRICA LONGA NR 10 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM
318	12462	SONDA NASOGASTRICA LONGA NR 12 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM
319	8724	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA NR 14 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO, ATRAUMÁTICA EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM
320	12463	SONDA NASOGASTRICA LONGA NR 16 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM
321	8723	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA NR 18 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA, EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM
322	12464	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA NR 20 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA, EXTREMO DISTAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPA ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS	UM
323	12985	SONDA RETAL NR 22 PLÁSTICO TRANSPARENTE SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, PONTA ROMBA C/ ORIFÍCIO, ATRAUMÁTICA 2 ORIFÍCIOS LATERAIS ALINHADOS NA MESMA DIREÇÃO, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMPA EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
324	12986	SONDA RETAL NR 24 PLÁSTICO TRANSPARENTE SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, PONTA ROMBA C/ ORIFÍCIO, ATRAUMÁTICA 2 ORIFÍCIOS LATERAIS ALINHADOS NA MESMA DIREÇÃO, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMPA EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
325	12987	SONDA RETAL NR 26 PLÁSTICO TRANSPARENTE SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, PONTA ROMBA C/ ORIFÍCIO, ATRAUMÁTICA 2 ORIFÍCIOS LATERAIS ALINHADOS NA MESMA DIREÇÃO, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMPA EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
326	12988	SONDA RETAL NR 28 PLÁSTICO TRANSPARENTE SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, PONTA ROMBA C/ ORIFÍCIO, ATRAUMÁTICA 2 ORIFÍCIOS LATERAIS ALINHADOS NA MESMA DIREÇÃO, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMPA EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
327	12989	SONDA RETAL NR 30 PLÁSTICO TRANSPARENTE SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, APIROGÊNICO, PONTA ROMBA C/ ORIFÍCIO, ATRAUMÁTICA 2 ORIFÍCIOS LATERAIS ALINHADOS NA MESMA DIREÇÃO, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMPA EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM

328	12992	SONDA SENGSTAKEN - BLAKEMORE FEITO DE BORRACHA MACIA, VERMELHO COM 2 BALOES INFLAVEIS, FABRICADAS COM SILKOLATEX, MARCA CIRCULAR OPACA PARA RX, GRADUADA E TAMANHO INFANTIL.	UM
329	12993	SONDA SENGSTAKEN - BLAKEMORE FEITO DE BORRACHA MACIA, VERMELHO, COM 2 E BALÕES GUIAS, FABRICADAS EM SILKOLATEX, MARCA CIRCULAR OPACA PARA RX, COMPRIMENTO APROXIMADO DE 120 CM, BALÃO PARA ESOFAGO DE APROXIMADAMENTE DE 22 CM, GRADUADA, ESTERILIZADA, TAMANHO CH 18 (ADULTO).	UM
330	13001	SONDA URETRAL NR 04, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA COM ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
331	12994	SONDA URETRAL NR 06, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA, FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA C/ 02 ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A, EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
332	12995	SONDA URETRAL NR 08, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA, C/ 02 ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
333	12996	SONDA URETRAL NR 10, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA C/ 02 ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
334	13000	SONDA URETRAL NR 12, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA COM ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
335	12997	SONDA URETRAL NR 14, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA COM ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO REG MS	UM
336	12998	SONDA URETRAL NR 16, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA C/ 02 ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, REG MS	UM
337	12999	SONDA URETRAL NR 18, PLÁSTICO TRANSPARENTE, SILICONIZADA, FLEXÍVEL, ATÓXICO, PONTA ATRAUMÁTICA FECHADA COM ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, CONECTOR UNIVERSAL C/ TAMP A EMB EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, REG MS	UM
338	38902	TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO TAM 06 CM	UM
339	38905	TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO TAM 10 CM	UM
340	38907	TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO TAM 12 CM	UM
341	38908	TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO TAM 15 CM	UM
342	8756	TERMÔMETRO CLÍNICO BULBO DE MERCÚRIO, CILÍNDRICO ESCALA VISÍVEL EM 0° C, SETAS INDICADORAS, COLUNA CENTRALIZADA, EMBALAGEM INDIVIDUAL EM PVC RÍGIDO E TRANSPARENTE, C/ TAMP A REG MS E INMETRO	UM
343	469717	TESTE PARA AUTOCLAVE COM INDICADOR BIOLÓGICO DE LEITURA RÁPIDA (3H), FICHA DE REGISTRO E INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE V POSICIONADOS EM SUBSTRATO POROSO EMBRULHADOS EM EMBALAGEM DESCARTÁVEL, ACOMPANHADO DO TESTE BIOLÓGICO DO MESMO LOTE DE FABRICAÇÃO DE ACORDO COM AS NORMAS Nº 11140, AAMI/ANSI 2006, AORN -2008, REG MS.	PCT

344	40267	TESTE PARA AUTOCLAVE TIPO " BOWIE DICK, DESCARTÁVEL, DE USO DIÁRIO, COM INDICADOR DE PROCESSO, CONFECCIONADO COM PAPEL POROSO, CONTENDO FOLHA DE TESTE INDICATIVO E INDICADOR DE PROCESSO NA EMBALAGEM. INDICADO PARA CICLO DE BOWIE DICK, ENTRE 134º C E 137º C POR 3,5 MINUTOS DE ACORDO COM AS NORMAS Nº 11140, AAMI/ANSI 2006, AORN -2008.	UM
345	29939	TIRA-TESTE PARA DETERMINAÇÃO DE GLICOSE NO SANGUE CAPILAR, VENOSO, ARTERIAL E NEONATAL. USADA EM GLICOSÍMETROS COM VOLUMES DE AMOSTRAS DE SANGUE COM VARIAÇÕES DE MAIOR OU IGUAL A 0,6 MICROLITROS E MENOR OU IGUAL A 4 MICROLITROS, COM AMPLA FAIXA DE SEGURANÇA PARA LEITURA, MENOR INTERFERÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS E EFEITOS DE OXIGÊNIO NO SANGUE. MÉTODO ELETROQUÍMICO E/OU FOTÔMETRO, TEMPO DE RESULTADO NÃO ACIMA DE 40 SEGUNDOS, COMPATÍVEL COM APARELHO A SER CONSIGNADO, REG MS.	UM
346	8758	TORNEIRA 3 VIAS C/1 CONEXÃO LUER LOCK MACHO ROTATIVO, 1 CONEXÃO LUER LOCK FÊMEA E 1 CONEXÃO LUER SLICK, C/ PROTETORES DOS CONECTORES, EM PVC RÍGIDO, ATÓXICO, APIROGÊNICO, ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMB INDIVIDUAL TIPO BLISTER C/ PGC E FILME C/ FACE TRANSPARENTE REG MS	UM
347	10787	TOUCA CIRÚRGICA EM NÃO TECIDO, GRAMATURA 10, COM ELÁSTICO ESPECIAL NO PERÍMETRO, BOM ACABAMENTO, TAMANHO ÚNICO, PRODUTO ISENTO DE REG MS	UM
348	13388	TUBO TRAQUEAL EM T - MONTGOMERY (COM ACESSORIOS), EM PURO SILICONE, FLEXIVEL, UTILIZADO EM IMPLANTE TEMPORARIO EM CASOS DE ESTENOSE DE TRAQUEIA, TAMANHO ADULTO - Nº 12, NÃO ESTERIL (MOLDE TRAQUEAL) E REG. MS	UM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – SEMIPERMANENTES		
LISTA PADRONIZADA DE CORRELATOS PARA 2014		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UM
9962	ALMOTOLIA BICO RETO TRANSPARENTE COM CAPACIDADE DE 250 ML.	UM
9967	APARELHO PARA TRICOTOMIA EM AÇO INOX	UM
25126	BALAO DE REINALAÇÃO 1 L, EM LATEX NATURAL, ATOXICO, INODORO, NAO ESTERIL E REG. MS	UM
25127	BALAO DE REINALAÇÃO 2 L, EM LATEX NATURAL, ATOXICO, INODORO NAO ESTERIL, REG MS	UM
25128	BALAO DE REINALAÇÃO 3 L, EM LATEX NATURAL, ATOXICO, INODORO NAO ESTERIL, REG MS	UM
25129	BALAO DE REINALAÇÃO 5 L, EM LATEX NATURAL, ATOXICO, INODORO, NAO ESTERIL, REG MS	UM
5399	BARRA DE ERICH EM AÇO INOX COMPRIMENTO DE 1 METRO	UM
9993	BOLSA DE BORRACHA P/ ÁGUA QUENTE C/ TAMPA DE ROSCA C/ SUPORTE PERFURADO NA PARTE PROXIMAL E PARTE DISTAL COR PADRAO CAP. 2000 ML	UM
9544	BOLSA DE BORRACHA P/ ÁGUA QUENTE C/ TAMPA DE ROSCA C/ SUPORTE PERFURADO NA PARTE PROXIMAL E PARTE DISTAL COR PADRAO CAP. 500 ML	UM
9995	BOLSA DE BORRACHA P/ GELO C/ TAMPA DE ROSCA E VEDAÇÃO TOTAL C/ SUPORTE PERFURADO NA PARTE PROXIMAL E PARTE DISTAL COR PADRAO CAP. 2500 ML	UM
9546	BOLSA DE BORRACHA P/ GELO C/ TAMPA DE ROSCA E VEDAÇÃO TOTAL C/ SUPORTE PERFURADO NA PARTE PROXIMAL E PARTE DISTAL COR PADRAO CAP. 500 ML	UM
7702	BORRACHA PARA OLEADO DE 1,10 M DE COMPRIMENTO POR 45 CM DE LARGURA E ESPESSURA 1MM	UM
9999	BORRACHA PARA OLEADO DE 1,40 M DE COMPRIMENTO POR 60 CM DE LARGURA E ESPESSURA 1MM	UM

8714	BRAÇADEIRA PARA APARELHO DE AFERIR PRESSAO ARTERIAL DE NYLON (PEDIATRICO)	UM
8712	BRAÇADEIRA PARA APARELHO DE AFERIR PRESSAO ARTERIAL COM VELCRO (ADULTO)	UM
10006	BRAÇADEIRA PARA APARELHO DE AFERIR PRESSAO ARTERIAL DE NYLON (ADULTO)	UM
10005	BRAÇADEIRA PARA APARELHO DE AFERIR PRESSÃO ARTERIAL P/ OBESO, COM VELCRO, DE NYLON, DE 18 A 25 CM DE LARGURA E DE 70 A 80 CM DE COMPRIMENTO (EXTRA GRANDE).	UM
40743	BRAÇADEIRA TIPO CLIP P/ ELETROCARDIOGRAMA (JOGO DE 4)	UM
28192	BROCA AUTOMÁTICA, TAMANHO ADULTO, TIPO SMITH 8,5 MM - REF.MA - 1014 - ACESSÓRIO DE CRANIÓTOMO DRILL PNEUMÁTICO UTILIZADO NA UNIDADE.	UM
9565	CANULA ORO-FARINGEANA PLÁSTICA (GUEDEL) N. 1 PVC ATÓXICO, TRANSPARENTE INODORO BASE COLORIDA CONFORME A NUMERAÇÃO NÃO ESTÉRIL REG. MS	UM
9567	CANULA ORO-FARINGEANA PLÁSTICA (GUEDEL) N. 2 PVC ATÓXICO, TRANSPARENTE INODORA BASE COLORIDA CONFORME A NUMERAÇÃO NÃO ESTÉRIL REG. MS	UM
9568	CANULA ORO-FARINGEANA PLÁSTICA (GUEDEL) N. 4 PVC ATÓXICO TRANSPARENTE INODORO BASE COLORIDA CONFORME A NUMERAÇÃO NÃO ESTÉRIL REG. MS	UM
9569	CANULA ORO-FARINGEANA PLÁSTICO (GUEDEL) N. 3 PVC ATÓXICO, TRANSPARENTE INODORA BASE COLORIDA CONFORME A NUNERAÇÃO NÃO ESTÉRIL REG MS	UM
9571	CANULA ORO-FARINGEANA PLÁSTICO (GUEDEL) N. 5 PVC ATÓXICO, TRANSPARENTE INODORA BASE COLORIDA CONFORME A NUNERAÇÃO NÃO ESTÉRIL REG MS	UM
9579	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA+ENDOCÂNULA N.1 EM AÇO INOX C/FITA P/FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG. MS	UM
9573	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA + ENDOCÂNULA N.2 EM AÇO INOX, C/ FITA P/ FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG MS	UM
9574	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA + ENDOCÂNULA N.3 EM AÇO INOX, C/ FITA P/ FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG MS	UM
9575	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA + ENDOCÂNULA N.4 EM AÇO INOX, C/ FITA P/ FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG MS	UM
9576	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA + ENDOCÂNULA N.5 EM AÇO INOX, C/ FITA P/ FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG MS	UM
9577	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA + ENDOCÂNULA N.6 EM AÇO INOX, C/ FITA P/ FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG MS	UM
9578	CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA + ENDOCÂNULA, N.7 EM AÇO INOX C/ FITA P/ FIXAÇÃO, NÃO ESTÉRIL EMBALADA INDIVIDUALMENTE REG MS	UM
10142	CIRCUITO RESPIRATORIO INFANTIL, TAMANHO 12 MM X 1 M, CONTENDO CONJUNTO DE TRAQUEIAS EM PURO SILICONE, TRANSPARENTE, FLEXÍVEIS, CORRUGADAS NA PARTE EXTERNA, LISAS NA PARTE INTERNA, AUTOCLAVÁVEIS, COM COPOS TIPO DRENO EM SILICONE RÍGIDO, COM CONECTORES EM Y EM SILICONE RÍGIDO, ADAPTADORES DE SILICONE RÍGIDO, COMPATÍVEL COM VENTILADOR MECÂNICO TAKAOKA E DE ACORDO COM ABNT.	CJ
10139	CIRCUITO RESPIRATORIO PARA PACIENTE ADULTO, TAMANHO 22 MM X 1 M, CONTENDO CONJUNTO DE TRAQUEIAS EM PURO SILICONE, TRANSPARENTE, FLEXÍVEIS, CORRUGADAS NA PARTE EXTERNA, LISAS NA PARTE INTERNA, AUTOCLAVÁVEIS, COM COPOS TIPO DRENO EM SILICONE RÍGIDO, COM CONECTORES EM Y EM SILICONE RÍGIDO, ADAPTADORES DE SILICONE RÍGIDO, COMPATÍVEL COM VENTILADOR MECÂNICO INTER - 5 (COD 100.21000 - INTERMED)E DE ACORDO COM ABNT.	CJ
10140	CIRCUITO RESPIRATORIO PARA PACIENTE ADULTO, TAMANHO 22 MM X 1 M, CONTENDO CONJUNTO DE TRAQUEIAS EM PURO SILICONE, TRANSPARENTE, FLEXÍVEIS, CORRUGADAS NA PARTE EXTERNA, LISAS NA PARTE INTERNA, AUTOCLAVÁVEIS, COM COPOS TIPO DRENO EM SILICONE RÍGIDO, COM CONECTORES EM Y EM SILICONE RÍGIDO, ADAPTADORES DE SILICONE RÍGIDO, COMPATÍVEL COM VENTILADOR MECÂNICO TAKAOKA E DE ACORDO COM ABNT.	CJ
38938	CONEXÃO EM T PARA AR COMPRIMIDO COM DUAS VIAS, PERMITINDO A CONEXÃO SIMULTÂNEA DA VÁLVULA REDUTORA DE AR COMPRIMIDO E DO FLUXOMETRO.	UM

29965	CONEXÃO EM T PARA OXIGÊNIO, COM DUAS VIAS PERMITINDO A CONEXÃO SIMULTÂNEA DA VÁLVULA REDUTORA DE OXIGÊNIO E DO FLUXÔMETRO.	UM
8750	CONJUNTO COMPLETO P/ AEROSOL CONTENDO COPO DE PVC RÍGIDO ATÓXICO, TRANSPARENTE, C/ EXTENSOR EM PVC TRANSPARENTE ATÓXICO, CONECTOR P/ AR COMPRIMIDO C/ ROSCA (DE COR AMARELA), MÁSCARA NR. 5 (ADULTO) EM PVC FLEXÍVEL, FORMATO ANATÔMICO EM BOM ACABAMENTO DE BORDAS, EMBALAGEM EM PLÁSTICO TRANSPARENTE REG MS	CJ
38932	CONJUNTO COMPLETO P/ AEROSOL CONTENDO COPO DE PVC RÍGIDO ATÓXICO, TRANSPARENTE, C/EXTENSOR EM PVC TRANSPARENTE ATÓXICO, CONECTOR P/ OXIGÊNIO C/ ROSCA (DE COR VERDE), MÁSCARA NR 5 (ADULTO)EM PVC FLEXÍVEL, FORMATO ANATÔMICO EM BOM ACABAMENTO DE BORDAS, EMBALAGEM EM PLÁSTICO TRANSPARENTE REG MS	CJ
38933	CONJUNTO COMPLETO P/ AEROSOL CONTENDO COPO DE PVC RÍGIDO ATÓXICO, TRANSPARENTE, C/EXTENSOR EM PVC TRANSPARENTE ATÓXICO, CONECTOR P/ OXIGÊNIO C/ ROSCA (DE COR VERDE), MÁSCARA NR,2 (INFANTIL)EM PVC FLEXÍVEL, FORMATO ANATÔMICO EM BOM ACABAMENTO DE BORDAS, EMBALAGEM EM PLÁSTICO TRANSPARENTE REG MS	CJ
10195	CONJUNTO COMPLETO P/ ANESTESIA ADULTO C/ BALAO DE REINALAÇÃO EM LATEX NATURAL EM COR AZUL, ATÓXICO, DE 03 LITROS, MÁSCARA FACIAL NR.3 EM SILICONE FLEXÍVEL TRANSPARENTE, ATOXICO, BOCAL PADRÃO 22 MM, COM VALVULA TIPO RUBEN E REG MS.	CJ
10196	CONJUNTO COMPLETO P/ ANESTESIA INFANTIL (BARAKA) C/ BALAO DE LATEX EM COR AZUL,ATÓXICO DE 01 LITRO, C/ TRAQUEIA CORRUGADA EM PVC ATÓXICO NA COR BRANCA TRANSPARENTE, TAMANHO APROXIMADO DE 0.50M C/ ADAPTADORES NAS EXTREMIDADES DISTAL E PROXIMAL, MASCARA FACIAL NR.1 EM SILICONE FLEXÍVEL TRANSPARENTE, ATÓXICO, BOCAL PADRÃO DE 22 MM VÁLVULA TIPO DUPLO T " REG MS"	CJ
8692	CONJUNTO DE NEBULIZAÇÃO CONTINUA COMPOSTO DE FRASCO DE 500ML, EM PLÁSTICO RÍGIDO, ATÓXICO, C/ TAMPA EM ABS, C/ HASTES, ROSCA P/ CONEXÃO DE SAÍDA DE FLUXÔMETROS, QUE SE ADAPTE A CIRCUITO DE RESPIRADORES, DESMONTAVEL, TRAQUEIA EM PVC ATÓXICO DE TAMANHO APROXIMADO DE 1 M NA COR BRANCA C/ ADAPTADORES NA EXTREMIDADES PROXIMAL E DISTAL, MASCARA FACIAL TRANSPARENTE EM PVC FLEXÍVEL E ATÓXICO, C/ PRESILHAS ELÁSTICAS, EMBALAGEM EM PLASTICO TRANSPARENTE LACRADO REG MS E INMETRO.	CJ
10219	DIAFRAGMA PARA ESTETOSCOPIO ADULTO - COMPATIVEL COM A MARCA DO APARELHO UTILIZADO NA UNIDADE	UM
10221	DIAFRAGMA PARA ESTETOSCOPIO PEDIATRICO - COMPATIVEL COM A MARCA DO APARELHO UTILIZADO NA UNIDADE	UM
20494	DILATADOR ESOFAGIANO (CONJUNTO) MODELO SAVARY – GILLIARD (OBS.: O ITEM ABAIXO TEM META PROGRAMADA ANUAL, POR SE TRATAR DE SEMI-PERMANENTE DE MAIOR DURABILIDADE, POREM APOS A PRIMEIRA COMPRA, ADQUIRI-LO SOMENTE POR SOLICITAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL.)	UM
38915	ESCOVA DE INOX CIRCULAR COM CERDA DE NYLON COM 10 MM DE DIÂMETROX 400MM DE COMPRIMENTO E ÁREA DE ESCOVAÇÃO DE 100 MM, DE INOX MÉDIO 09.	UM
38913	ESCOVA DE INOX CIRCULAR COM CERDA DE NYLON COM 30 MM DE DIÂMETROX 600MM DE COMPRIMENTO E ÁREA DE ESCOVAÇÃO DE 100 MM, DE INOX MEDIO 09.	UM
38912	ESCOVA DE INOX CIRCULAR COM CERDA DE NYLON COM 5 MM DE DIÂMETROX 200MM DE COMPRIMENTO E ÁREA DE ESCOVAÇÃO DE 100 MM, DE INOX FINO 06.	UM
38911	ESCOVA DE INOX CIRCULAR COM CERDA DE NYLON COM 5 MM DE DIÂMETROX 400MM DE COMPRIMENTO E ÁREA DE ESCOVAÇÃO DE 100 MM, DE INOX FINO 06.	UM
38914	ESCOVA DE INOX CIRCULAR COM CERDA DE NYLON COM 5 MM DE DIÂMETROX 600MM DE COMPRIMENTO E ÁREA DE ESCOVAÇÃO DE 100 MM, DE INOX MEDIO 06.	UM
10282	ESCOVA DE LIMPEZA DE CANAL DE BIOPSIA COMPATIVEL COM O APARELHO DE VIDEO GASTROSCOPIA GIF-Q140 MARCA OLYMPUS UTILIZADO NA UNIDADE.	UM
10284	ESCOVA P/ LAVAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRURGICOS	UM

18049	ESTETOSCOPIO ADULTO E INFANTIL/NEONATAL (DOIS EM UM) COLORIDO (CORES VARIADAS).	UM
41764	FILTRO DE BACTÉRIAS REUTILIZÁVEL, DO CALEFATOR CAL 2000, LOCALIZADO NO RAMO EXPIRATÓRIO DO VENTILADOR PULMONAR E 360 BR DA NEWPORT UTILIZADO NA UNIDADE.	UM
10444	FLUXÔMETRO P/ AR COMPRIMIDO TUBO EXTERNO E INTERNO EM MATERIAL PLÁSTICO TRANSPARENTE, INQUEBRÁVEL, ESCALA DE 0 A 15 L/MIN, CORPO EM METAL CROMADO E ESFERA DE AÇO INOXIDÁVEL, ROSCA DE SAÍDA PADRÃO C/ VEDAÇÃO TIPO AGULHA, REG MS E INMETRO	UM
10445	FLUXÔMETRO P/ OXIGÊNIO TUBO EXTERNO E INTERNO EM MATERIAL PLÁSTICO TRANSPARENTE, INQUEBRÁVEL, ESCALA DE 0 A 15 L/MIN, CORPO EM METAL CROMADO E ESFERA DE AÇO INOXIDÁVEL, ROSCA DE SAÍDA PADRÃO C/ VEDAÇÃO TIPO AGULHA, REG MS E INMETRO	UM
10455	FRASCO P/ ASPIRAÇÃO DE VIDRO E BÓIA DE SEGURANÇA, TAMPA DE PVC RÍGIDO C/2 VIAS, CAP.05 LT, DIÂMETRO DO BOCA 9 CM, AUTOCLAVÁVEL, REG MS	UM
10453	FRASCO P/ ASPIRAÇÃO DE VIDRO E BÓIA DE SEGURANÇA, TAMPA DE PVC RÍGIDO C/2 VIAS, CAP. 03 LT, DIÂMETRO DO BOCAL 8 CM, AUTOCLAVÁVEL, REG MS	UM
10456	FRASCO P/ VACUÔMETRO, CAPAC. DE 500 ML, GRADUADO, E VIDRO, BOCAL EM ROSCA, AUTOCLAVÁVEL, REG MS	UM
28193	FRESA DE CORTE SOBRESSALENTE - REF. MA - 00FC. ACESSÓRIO DE CRANIÓTOMO DRILL PNEUMÁTICO UTILIZADO NA UNIDADE.	UM
28194	JOGO DE FRESAS CONTENDO:FRESA DIAMANTADA MA-DRD + DIÂMETRO:4,0 MM; 3,5 MM X 70 MM; FRESA DE CORTE MA-DRC + DIÂMETRO: 6,5 MM; 4,0 MM; 3,0 MM X 63,5 MM; BROCA 1,5 MM X 65 MM (MA-DRP-15). ACESSÓRIOS DO DRILL PNEUMÁTICO UTILIZADO NA UNIDADE.	CJ
10519	KIT DE DISPENSADOR TIPO CAPA CONTENDO, CAPA PARA FRASCO DISPENSADOR DE ALCOOL GEL, MANGUEIRA DE SILICONE OU PVC TRANSPARENTE E PEDAL, PARA USO EM LAVABOS DE CENTRO CIRURGICO E UTI.	UM
10520	KIT DE DISPENSADOR TIPO CAPA CONTENDO, CAPA PARA FRASCO DISPENSADOR DE SOLUÇÃO DEGERMANTE, MANGUEIRA DE SILICONE OU PVC TRANSPARENTE E PEDAL, PARA USO EM LAVABOS DE CENTRO CIRURGICO E UTI.	UM
38910	KIT DE ESCOVAS PARA AUTOCLAVE-1230	UM
9624	LÂMINA PARA FACA DE ENXERTO DE PELE COM GRADUADOR DE ESPESSURA - BLAIR KNIFE 6 POLEGADAS.	UM
9625	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, CURVA Nº 3, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM
9626	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, CURVA Nº 4, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM
9627	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, RETA Nº 0, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM
9628	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, RETA Nº 1, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM
9629	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, RETA Nº 2, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM
9630	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, RETA Nº 3, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM

9631	LÂMINA PARA LARINGOSCOPIO, RETA Nº 4, EM AÇO INOX, NAO ESTERIL, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, COMPATIVEL COM A MARCA DO CABO DE LARINGOSCOPIO E REG. MS	UM
40745	LAMPADA PARA LÂMINA DE LARINGOSCOPIO	UM
8715	MANGUITO PARA APARELHO DE PRESSAO ARTERIAL (ADULTO)	UM
8716	MANGUITO PARA APARELHO DE PRESSAO ARTERIAL (NEO NATAL)	UM
8717	MANGUITO PARA APARELHO DE PRESSAO ARTERIAL (PEDIATRICO)	UM
10584	MANGUITO PARA OBESO LARGURA DE 18 A 25 CM E COMPRIMENTO DE 70 A 80 CM	UM
10585	MANOMETRO PARA APARELHO DE PRESSAO ARTERIAL	UM
10590	MÁSCARA DE TRAQUEOSTOMIA, ADULTO, CONFECCIONADA EM VINIL MACIO, TRANSPARENTE, MATERIAL ATOXICO, FLEXIVEL, COM FAIXA ELASTICA AJUSTAVEL, ÂNGULO GIRATORIO DE ATE 360º E ENTRADA PARA CIRCUITO MEDIDA PADRAO.	UM
28398	MÁSCARA FACIAL COM CORPO EM PLÁSTICO, ATÓXICO, FLEXÍVEL, TRANSPARENTE E COXIM SILICONIZADO, INFLÁVEL, COM ABERTURA CENTRAL, COM GANCHO PARA FIXAÇÃO, LIVRE DE LÁTEX. UTILIZADO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA.TAMANHO G.	UM
28393	MÁSCARA FACIAL COM CORPO EM PLÁSTICO, ATÓXICO, FLEXÍVEL, TRANSPARENTE E COXIM SILICONIZADO, INFLÁVEL, COM ABERTURA CENTRAL, COM GANCHO PARA FIXAÇÃO, LIVRE DE LÁTEX. UTILIZADO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA.TAMANHO M.	UM
28390	MÁSCARA FACIAL COM CORPO EM PLÁSTICO, ATÓXICO, FLEXÍVEL, TRANSPARENTE E COXIM SILICONIZADO, INFLÁVEL, COM ABERTURA CENTRAL, COM GANCHO PARA FIXAÇÃO, LIVRE DE LÁTEX. UTILIZADO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA.TAMANHO P.	UM
41750	MÁSCARA PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA, MACIA, FLEXÍVEL, MOLDA-SE FACILMENTE A FACE, ORIFÍCIO DE ENTRADA DE OXIGÊNIO PELA TRAQUÉIA, AUTOCLAVÁVEL, MODELO ORONASAL, COM CABRESTO EM VELCRO.	UM
10606	OLIVAS PARA ESTETOSCOPIO	UM
10654	PERA DE BORRACHA COMPLETA C/HASTE TAMANHO PEQUENA P/ APARELHO DE ELETROCARDIOGRAMA E REG. MS	UM
10655	PERA PARA APARELHO DE PRESSAO ARTERIAL COM VALVULA REGULADORA (ADULTO)	UM
12352	REANIMADOR MANUAL ADULTO, C/ BALÃO DE SILICONE AUTO-INFLÁVEL DE FORMATO ANATÔMICO, C/ VÁLVULA DE ENTRADA P/ OXIGÊNIO NA PARTE POSTERIOR, VÁLVULA DE SEGURANÇA, VÁLVULA DE ANTI-REINALAÇÃO, CAP. APROXIMADAMENTE 1200 ML, MÁSCARA NR 5 BOJO EM SILICONE TRANSPARENTE, COXIM INFLÁVEL, FORMATO ANATÔMICO, AUTOCLAVÁVEL, EMBALADO EM SACOLA DE NÃO TECIDO E AMARRAS NA BOCA, REG MS	UM
12356	REANIMADOR MANUAL PEDIATRICO, C/ BALÃO DE SILICONE AUTO-INFLÁVEL COM RESERVATÓRIO DE OXIGÊNIO, C/ VÁLVULA DE ENTRADA P/ OXIGÊNIO NA PARTE POSTERIOR, VÁLVULA DE SEGURANÇA, VÁLVULA DE ANTI-REINALAÇÃO, CAP. APROXIMADAMENTE 500 ML, MÁSCARA NR 2 BOJO EM SILICONE TRANSPARENTE, COXM INFLÁVEL, FORMATO ANATÔMICO, AUTOCLAVÁVEL, EMBALADO EM SACOLA DE NÃO TECIDO E AMARRAR NA BOCA, REG MS	UM
46716	RESTRITOR PARA TORNOZELO/PUNHO DO PACIENTE COM TIRAS DE ALGODÃO AJUSTADAS COM SISTEMA DE GANCHO E VELCRO, TAMANHO ADULTO, REG MS.	UM
9633	SERINGA HIPODÉRMICA DE 10 ML – VIDRO	UM
9634	SERINGA HIPODÉRMICA DE 20 ML – VIDRO	UM
7632	TERMOMETRO DIGITAL PARA REGISTRO DE TEMPERATURA INTERNA E EXTERNA DE MAXIMA E MINIMA EM GRAUS CELSIUS COM CABO EXTENSOR	UM
12361	TERMOMETRO HIGROMETRO PARA CONTROLE DA TEMPERATURA E UMIDADE DOS AMBIENTES	UM

41695	TRAQUÉIA A LONGAMENTO PARA ESPAÇO MORTO, UNIVERSAL.	UM
9547	TUBO DE LATEX NATURAL ATÓXICO N.200 BOBINA C/ 15 M REG MS	UM
8607	TUBO DE PURO SILICONE Nº 204, BOBINA COM 15 M REG MS	UM
8593	UMIDIFICADOR P/ OXIGÊNIO FRASCO PLÁSTICO DE 250 ML C/ PORCA METÁLICA C/ NÍVEIS DE MARCAÇÃO DE MÁXIMO E MÍNIMO, CONEXÃO DE ENTRADA EM ROSCA PADRÃO QUE SE ADAPTE A QUALQUER VÁLVULA REGULADORA DE CILÍNDRIO OU MEDIDOR DA REDE CANALIZADA, REG MS E INMETRO	UM
17637	VACUOMETRO COM BICO UNIVERSAL E VALVULA DE SEGURANÇA PARA PREVENIR CONTAMINAÇÃO DA REDE	UM
12366	VALVULA PARA ANESTESIA TIPO RUBEN" EM ALUMINIO ANODIZADO, ROSCA PADRAO, ACRILICO TRANSPARENTE, REG MS E INMETRO."	UM
12368	VÁLVULA REDUTORA P/ AR COMPRIMIDO EM METAL CROMADO, ROSCA PADRÃO DE ENTRADA E SAÍDA, MANÔMETRO DE PRESSÃO C/ ESCALA DE 0 A 10 KG/CM3 QUE REDUZ A PRESSÃO DA REDE P/ 3,5 KG/ CM3 REG MS E INMETRO	UM
12369	VÁLVULA REDUTORA P/ OXIGÊNIO CANALIZADO EM METAL CROMADO, ROSCA PADRÃO DE ENTRADA E SAÍDA, MANÔMETRO DE PRESSÃO C/ ESCALA DE 0 A 10KG/CM3 QUE REDUZ A PRESSÃO DA REDE P/3,5KG/CM3, REG MS E INMETRO	UM
8191	VÁLVULA REGULADORA P/ CILINDRO, C/ MANÔMETRO DE ALTA PRESSÃO E SAÍDA DE PRESSÃO FIXA DE 3,5 KG/CM3 E FLUXÔMETRO DE 0 A 15 LTM, CONEXÃO DE RESPIRADORES REG MS E INMETRO	UM
8192	VÁLVULA UNIDIRECIONAL EM POLICARBONATO E ACRÍLICO TRANSPARENTE, P/ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA MANUAL OU MECÂNICA C/ DIAFRAGMA, REG MS E INMETRO	UM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – MATERIAIS ESPECIAIS	
DESCRIÇÃO	UN
CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR	UN
CATETER PARA EMBOLECTOMIA 2F	UN
CATETER PARA EMBOLECTOMIA 3F	UN
CATETER PARA EMBOLECTOMIA 4F	UN
CATETER PARA EMBOLECTOMIA 5F	UN
CATETER PARA EMBOLECTOMIA 6F	UN
CATETER PARA EMBOLECTOMIA 7F	UM
GRAMPEADOR CIRCULAR LINEAR GIA 60	UM
GRAMPEADOR CIRCULAR LINEAR GIA 80	UM
PRÓTESE VASCULAR BIFURCADA (DACRON) 16 X 8mm	UN
PRÓTESE VASCULAR BIFURCADA (DACRON) 18 X 9mm	UN
PRÓTESE VASCULAR BIFURCADA (DACRON) 20 X 10mm	UN
PRÓTESE VASCULAR RETA (PTFE – E) 6mm x 80cm	UN
PRÓTESE VASCULAR RETA (PTFE – E) 8mm x 80cm	UN
TELA DE POLIPROPILENO 15CM X 15CM	UN
TELA DE POPLIPROPILENO 26CM X 36CM	UN

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UM
29213	AVENTAL DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO CONTRA RESPINGOS DE ÁGUA, CONFECCIONADO EM TREVIRA KP 400, SUPERFÍCIE LISA, COM TRÊS TIRAS DO MESMO MATERIAL, SOLDADAS ELETRONICAMENTE E UTILIZADAS PARA AJUSTE AO USUÁRIO; ALTURA TOTAL 1000 MM , LARGURA TOTAL DE APROXIMADAMENTE 650 MM ; COR BRANCA, SEM FORRO OU COM FORRO EM MATERIAL IMPERMEÁVEL, DE FÁCIL DESINFECÇÃO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM
18666	BOTA EM PVC, SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 35, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
32106	BOTA EM PVC, SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 36, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9701	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 37, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9702	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 38, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9703	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 39, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9704	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 40, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9705	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 41, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9706	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 42, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9707	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 43, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
9708	BOTA EM PVC SOLADO ANTI-DERRAPANTE, COM FORRO EM POLIESTER, DE COR BRANCA, CANO MEDIO E NUMERAÇÃO 44, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
28975	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO BOTINA , PARA PROTEÇÃO DOS PÉS ONDE NÃO HAJA RISCO DE QUEDA DE MATERIAIS E/OU OBJETOS PESADOS SOBRE OS ARTELHOS, COR PRETA, COM FECHAMENTO EM ELÁSTICO NAS LATERAIS, CONFECCIONADO EM VAQUETA CURTIDA AO CROMO, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM PALMILHA EM SINTÉTICO NÃO-TECIDO, SOLADO DE POLIURETANO BIDENSIDADE N° 39. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
28976	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO BOTINA , PARA PROTEÇÃO DOS PÉS ONDE NÃO HAJA RISCO DE QUEDA DE MATERIAIS E/OU OBJETOS PESADOS SOBRE OS ARTELHOS, COR PRETA, COM FECHAMENTO EM ELÁSTICO NAS LATERAIS, CONFECCIONADO EM VAQUETA CURTIDA AO CROMO, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM PALMILHA EM SINTÉTICO NÃO-TECIDO, SOLADO DE POLIURETANO BIDENSIDADE N° 40. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR

28977	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO BOTINA , PARA PROTEÇÃO DOS PÉS ONDE NÃO HAJA RISCO DE QUEDA DE MATERIAIS E/OU OBJETOS PESADOS SOBRE OS ARTELHOS, COR PRETA, COM FECHAMENTO EM ELÁSTICO NAS LATERAIS, CONFECCIONADO EM VAQUETA CURTIDA AO CROMO, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM PALMILHA EM SINTÉTICO NÃO-TECIDO, SOLADO DE POLIURETANO BIDENSIDADE Nº 41. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
28979	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO BOTINA , PARA PROTEÇÃO DOS PÉS ONDE NÃO HAJA RISCO DE QUEDA DE MATERIAIS E/OU OBJETOS PESADOS SOBRE OS ARTELHOS, COR PRETA, COM FECHAMENTO EM ELÁSTICO NAS LATERAIS, CONFECCIONADO EM VAQUETA CURTIDA AO CROMO, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM PALMILHA EM SINTÉTICO NÃO-TECIDO, SOLADO DE POLIURETANO BIDENSIDADE Nº 42. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
28985	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO BOTINA , PARA PROTEÇÃO DOS PÉS ONDE NÃO HAJA RISCO DE QUEDA DE MATERIAIS E/OU OBJETOS PESADOS SOBRE OS ARTELHOS, COR PRETA, COM FECHAMENTO EM ELÁSTICO NAS LATERAIS, CONFECCIONADO EM VAQUETA CURTIDA AO CROMO, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM PALMILHA EM SINTÉTICO NÃO-TECIDO, SOLADO DE POLIURETANO BIDENSIDADE Nº 43. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
28986	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS, SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 34. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
28987	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS, SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 35. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
28988	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS, SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 36. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29010	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS, SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 37. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29011	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS, SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 38. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR

29012	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS , SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 39 . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29013	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS , SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 40 . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29014	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS , SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 41 . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29015	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS , SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 42 . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29016	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS , SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 43 . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29017	CALÇADO DE SEGURANÇA TIPO SAPATO PARA USO EM LOCAIS ONDE HAJA BAIXA CONCENTRAÇÃO DE ÁGUA E LABORATÓRIOS, CONFECCIONADO EM VAQUETA BRANCA, COM BICO REFORÇADO, SEM BIQUEIRA DE AÇO, COM ELÁSTICO NAS LATERAIS , SOLADO BIDENSIDADE EM POLIURETANO (PU) INJETADO DIRETAMENTE NO CABEDAL, Nº 44 . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29159	CINTURÃO DE SEGURANÇA, TIPO PÁRA-QUEDISTA (ALPINISTA), PARA PROTEÇÃO DO USUÁRIO CONTRA RISCOS DE QUEDA EM TRABALHOS EM ALTURA, CONFECCIONADO DE CADARÇO DE MATERIAL SINTÉTICO, DOTADO DE UMA FIVELA DUPLA SEM PINO, CONFECCIONADA DE AÇO ESTAMPADO, UTILIZADA PARA AJUSTE NA CINTURA; UMA FIVELA DE AÇO, UTILIZADA PARA AJUSTE DE UMA FITA PEITORAL E UMA ARGOLA EM "D" CONFECCIONADA DE AÇO FORJADO, LOCALIZADA NA PARTE TRASEIRA, NA ALTURA DOS OMBROS, REGULÁVEL AO CINTO ATRAVÉS DE UM PASSADOR PLÁSTICO. O EQUIPAMENTO DEVE VIR COM O TALABARTE DE SEGURANÇA DE CORDA AZUL CONFECCIONADA DE NÁILON TORCIDO, COM 12 MM DE DIÂMETRO, COM UM MOSQUETÃO DE AÇO FORJADO, DE DUPLA TRAVA, FIXO EM UMA DAS EXTREMIDADES ATRAVÉS DE ENCASTROAMENTO E LAÇO NA OUTRA EXTREMIDADE, FIXO TAMBÉM ATRAVÉS DE ENCASTROAMENTO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM
29161	CREME PROTETOR PARA AS MÃOS PARA PROTEÇÃO DA PELE DO USUÁRIO CONTRA O ATAQUE AGRESSIVO DE PRODUTOS QUÍMICOS: ÁGUA, TOLUENO, XILENO, N-HEXANO, CLORETO DE METIELENO, CLOROFÓRMIO, PERCLOROETILENO, TRICLOROETILENO, METILETILCETONA (MEK), ÉTER DE PETRÓLEO, ÁGUA-RAZ, GASOLINA, ÓLEO MINERAL, ÓLEO DIESEL, QUEROSENE, ÓLEO DE CORTE, THINNER – GRUPO 3. USO EM LABORATÓRIOS, OFICINAS E MANUTENÇÃO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM

29178	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO CONTRA CALOR, CONFECCIONADA EM ARAMIDA/CARBONO OU KEVLAR, FORRADO COM TECIDO DE ALGODÃO, COSTURADO COM LINHA DE ALGODÃO/ARAMIDA OU KEVLAR; PUNHO DE 20 CM (COMPRIMENTO 40 CM), DO MESMO MATERIAL OU TOTALMENTE ALUMINIZADA. RESISTENTE A APROXIMADAMENTE 250°C. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29179	LUVA CONFECCIONADA EM BORRACHA NATURAL (LÁTEX), PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, ANTIALÉRGICA (REVESTIDA INTERNAMENTE EM VERNIZ SILVER), COM PALMA ANTIDERRAPANTE, TAMANHO PEQUENO, CANO MÉDIO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
30904	LUVA CONFECCIONADA EM BORRACHA NATURAL (LÁTEX), PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, ANTIALÉRGICA (REVESTIDA INTERNAMENTE EM VERNIZ SILVER), COM PALMA ANTIDERRAPANTE, TAMANHO MÉDIO, CANO MÉDIO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29181	LUVA CONFECCIONADA EM BORRACHA NATURAL (LÁTEX), PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, ANTIALÉRGICA (REVESTIDA INTERNAMENTE EM VERNIZ SILVER), COM PALMA ANTIDERRAPANTE, TAMANHO GRANDE, CANO MÉDIO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29182	LUVA CONFECCIONADA EM BORRACHA NATURAL (LÁTEX), PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, FORRADA INTERNAMENTE COM ALGODÃO, COM PALMA ANTIDERRAPANTE, TAMANHO PEQUENO, CANO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29183	LUVA CONFECCIONADA EM BORRACHA NATURAL (LÁTEX), PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, FORRADA INTERNAMENTE COM ALGODÃO, COM PALMA ANTIDERRAPANTE, TAMANHO MÉDIO, CANO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29184	LUVA CONFECCIONADA EM BORRACHA NATURAL (LÁTEX), PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, FORRADA INTERNAMENTE COM ALGODÃO, COM PALMA ANTIDERRAPANTE, TAMANHO GRANDE, CANO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29185	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, DERIVADOS DE PETRÓLEO, SOLVENTES ALCALINOS, DEFENSIVOS AGRÍCOLAS, CONFECCIONADA EM NITRÍLICA, NA COR AMARELA; FORRADA COM FLOCOS DE ALGODÃO; ACABAMENTO COM ANTIDERRAPANTE NA PALMA, FACE PALMAR DOS DEDOS E PONTA DOS DEDOS; TAMANHO PEQUENO, CANO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29186	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, DERIVADOS DE PETRÓLEO, SOLVENTES ALCALINOS, DEFENSIVOS AGRÍCOLAS, CONFECCIONADA EM NITRÍLICA, NA COR AMARELA; FORRADA COM ALGODÃO; ACABAMENTO COM ANTIDERRAPANTE NA PALMA, FACE PALMAR DOS DEDOS E PONTA DOS DEDOS; TAMANHO MÉDIO, CANO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
29187	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU INDUSTRIAIS, DERIVADOS DE PETRÓLEO, SOLVENTES ALCALINOS, DEFENSIVOS AGRÍCOLAS, CONFECCIONADA EM NITRÍLICA NA COR AMARELA; FORRADA COM ALGODÃO; ACABAMENTO COM ANTIDERRAPANTE NA PALMA, FACE PALMAR DOS DEDOS E PONTA DOS DEDOS; TAMANHO GRANDE, CANO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR

7699	LUVA DE BORRACHA EM LATEX NATURAL, COM CANO LONGO, ATE O COTOVELO, PALMA ANTI- DESLIZANTE, COM VIOLA NO PUNHO, DE COR AMARELA E TAMANHO GRANDE, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
7700	LUVA DE BORRACHA EM LATEX NATURAL, COM CANO LONGO, ATE O COTOVELO, PALMA ANTI- DESLIZANTE, COM VIOLA NO PUNHO, DE COR AMARELA E TAMANHO MEDIO, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	PAR
30469	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO CONTRA PRODUTOS QUÍMICOS (DERIVADOS DE PETRÓLEO, SOLUÇÕES ÁCIDAS E ALCALINAS, SOLVENTES, ÓLEOS, GRAXAS), PRODUTOS DE LIMPEZA PESADA E INSETICIDAS, CONFECCIONADA EM BORRACHA NITRÍLICA, NA COR VERDE, COM NO MÍNIMO 0,45MM DE ESPESSURA, COM CANO LONGO ATÉ O COTOVELO, SEM FORRO , PALMA ANTIDERRAPANTE EM ALTO RELEVO; TAMANHO PEQUENO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
30470	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO CONTRA PRODUTOS QUÍMICOS (DERIVADOS DE PETRÓLEO, SOLUÇÕES ÁCIDAS E ALCALINAS, SOLVENTES, ÓLEOS, GRAXAS), PRODUTOS DE LIMPEZA PESADA E INSETICIDAS, CONFECCIONADA EM BORRACHA NITRÍLICA, NA COR VERDE, COM NO MÍNIMO 0,45MM DE ESPESSURA, COM CANO LONGO ATÉ O COTOVELO, SEM FORRO , PALMA ANTIDERRAPANTE EM ALTO RELEVO; TAMANHO MÉDIO . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
30471	LUVA DE SEGURANÇA PARA PROTEÇÃO DAS MÃOS DO USUÁRIO CONTRA PRODUTOS QUÍMICOS (DERIVADOS DE PETRÓLEO, SOLUÇÕES ÁCIDAS E ALCALINAS, SOLVENTES, ÓLEOS, GRAXAS), PRODUTOS DE LIMPEZA PESADA E INSETICIDAS, CONFECCIONADA EM BORRACHA NITRÍLICA, NA COR VERDE, COM NO MÍNIMO 0,45MM DE ESPESSURA, COM CANO LONGO ATÉ O COTOVELO, SEM FORRO , PALMA ANTIDERRAPANTE EM ALTO RELEVO; TAMANHO GRANDE . COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	PAR
10594	MÁSCARA RESPIRADOR N 95, C/ FILME LONCET, 4 CAMADAS DE FIBRA SINTÉTICA, CLIP NASAL DE ALUMÍNIO, TIRAS ELÁSTICAS P/ PRESSÃO ANATÔMICA, FILTRO BACTERIANO P/ PARTICULAS DE 0,3 MICRA, REG. MS, CONFORME NR - 6 DA PORTARIA 3.214 DO MTE.	UM
29194	ÓCULOS AMPLA VISÃO PARA ATIVIDADES EM LABORATÓRIOS, HOSPITAIS, ENTRE OUTROS, PROTEGE CONTRA RESPINGOS E IMPACTOS DE PARTÍCULAS, CONSTITUÍDO DE ARMAÇÃO CONFECCIONADA EM ÚNICA PEÇA DE PVC LEVE E TRANSPARENTE, DOTADO DE PROTEÇÃO LATERAL, COM VÁLVULA DE SUSPIRO PARA NÃO EMBAÇAR, LENTE DE POLICARBONATO INCOLOR RESISTENTE A IMPACTOS, COM TRATAMENTO ANTI-RISCO E ANTI-EMBAÇANTE. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM
29201	PROTETOR AUDITIVO DE INSERÇÃO , CONFECCIONADO EM SILICONE, NÍVEL DE REDUÇÃO DE RUÍDO DE APROXIMADAMENTE 21DECIBEIS (DB), 3 FLANGES RETAS, ANTIALÉRGICO, LAVÁVEL DE ALTA DURABILIDADE, MALEÁVEL QUE SE ADAPTE AO CONDUTOR AUDITIVO, COM CORDÃO DE POLIPROPILENO OU SILICONE EM CAIXA PLÁSTICA. TAMANHO MÉDIO , COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM
29204	PROTETOR AUDITIVO CIRCUM-AURICULAR , CONSTITUÍDO DE DUAS CONCHAS DE FORMATO OVAL DE MATERIAL PLÁSTICO RÍGIDO, MONTADAS SIMETRICAMENTE NAS EXTREMIDADES DE UMA HASTE SUPORTE FORMADA POR UM ARCO PLÁSTICO DE CERCA DE 300 MM DE COMPRIMENTO E 20 MM DE LARGURA. AS CONCHAS SÃO PREENCHIDAS COM UMA ESPUMA RETANGULAR COM APROXIMADAMENTE 10 MM DE ESPESSURA, 100 MM DE COMPRIMENTO E 80 MM DE LARGURA. AS BORDAS DAS CONCHAS SÃO REVESTIDAS COM ALMOFADAS DE MATERIAL PLÁSTICO PREENCHIDO COM ESPUMA. NÍVEL DE REDUÇÃO DO RUÍDO DE APROXIMADAMENTE 24 DECIBÉIS (DB). COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM

29205	PROTETOR FACIAL, FRONTAL E LATERAL, ATÉ A ALTURA DO QUEIXO (APROX. 30 CM), DE USO CLÍNICO E DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO, PARA PROTEÇÃO CONTRA IMPACTO DE PARTÍCULAS, FRAGMENTOS E RESPINGOS DE PRODUTOS QUÍMICOS E DE METAIS FUNDENTES NA REGIÃO DA FACE, COM VISOR 100% TRANSPARENTE, COM MATERIAL LEVE, ANTI-RISCO E ANTI-EMBAÇANTE. AJUSTÁVEL INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNFERÊNCIA CRANIANA, PRÓPRIO PARA SOBREPOR ÓCULOS GRADUADOS, ÓCULOS DE PROTEÇÃO E RESPIRADORES, NÃO DESCARTÁVEL, QUE OFEREÇA FACILIDADE DE DESINFECÇÃO. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM
29210	RESPIRADOR SEMIFACIAL DESCARTÁVEL P2 , COM CARVÃO ATIVADO, SEM VÁLVULA, PARA PROTEÇÃO CONTRA VAPORES ORGÂNICOS EM BAIXAS CONCENTRAÇÕES, ODORES INCÔMODOS, FUMOS, PARTÍCULAS TÓXICAS, PÓS-FINOS E NÉVOAS AQUOSAS. COM CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (CA).	UM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – QUÍMICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UM
41988	ÁCIDO ACÉTICO GLACIAL P.A. SOLUÇÃO FRASCO 1000 ML	FR
45102	ÁCIDO GRAXOS ESSENCIAIS (AGE+TCM), ÓLEO VEGETAL COMPOSTO POR ÁCIDO LINOLEICO, ÁCIDO CÁPRICO, ÁCIDO CAPRÍLICO, VITAMINA A e E, LECTINA DE SOJA COM OU SEM LANOLINA. USO TÓPICO FRASCO COM 100 ML (PUMP OU BATOQUE)	FR
990069	ÁLCOOL ETÍLICO 70% SOLUÇÃO FRASCO 1000 ML	FR
12341	ÁLCOOL GEL 70º INPM GLICERINADO FRASCO 500 G USO HOSPITALAR	FR
25007	ÁLCOOL ABSOLUTO 99,5º INPM FRASCO 1000 ML	FR
9979	AZUL DE METILENO SOLUÇÃO AQUOSA 2% FRASCO 500 ML	FR
44945	CLOREXIDINA SOLUÇÃO BUCAL 0,12% FRASCO 250 ML	FR
35916	CLOREXIDINA SOLUÇÃO AQUOSA 20 MG/ML FRASCO 100 ML	FR
51656	CLOREXIDINA SOLUÇÃO AQUOSA 20 MG/ML FRASCO 1000 ML	FR
44928	CLOREXIDINA SOLUÇÃO ALCOÓLICA 0,5% FRASCO 1000 ML	FR
51655	CLOREXIDINA SOLUÇÃO ALCOÓLICA 0,5% FRASCO 100 ML	FR
990752	CLOREXIDINA SOLUÇÃO DEGERMANTE 20 MG/ML FRASCO 1000 ML	FR
44946	CLOREXIDINA SOLUÇÃO DEGERMANTE 40 MG/ML FRASCO 1000 ML	FR
8945	CLOREXIDINA SOLUÇÃO DEGERMANTE 40 MG/ML FRASCO 100 ML	FR
10032	CAL SODADA 4,5 LITROS	GL
48002	DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NÍVEL, COM AÇÃO BACTERICIDA, MICOBACTERICIDA, VIRUCIDA E ESPORICIDA; COMPATÍVEL COM INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS E EQUIPAMENTOS TERMOSENSÍVEIS, COM CONTROLE DA CORROSÃO DOS METAIS PELA PRESENÇA DE AGENTES ANTICORROSIVOS; COM PRINCÍPIO ATIVO BÁSICO EM ÁCIDO PERACÉTICO, ESTABILIDADE COMPROVADA ENQUANTO A TIRA ESTIVER REAGINDO; COMPATÍVEL COM TODOS OS PRODUTOS DE LIMPEZA PRÉ-DESINFETANTE DE PH NEUTRO. A SOLUÇÃO DESINFETANTE DEVE CONTER CONCENTRAÇÃO DE ÁCIDO PERACÉTICO ENTRE 0,09 A 0,35 POR CENTO COMO CONCENTRAÇÃO LIMITE DETECTADA PELAS TIRAS. BAIXA TOXICIDADE PARA O HOMEM, BIODEGRADÁVEL. A APRESENTAÇÃO DO PRODUTO DEVE SER EM GALÕES DE 5 LITROS E DEVERÁ VIR ACOMPANHADO COM A SOLUÇÃO ATIVADORA E AS TIRAS DE CONTROLE DE TEOR DE ÁCIDO PERACÉTICO E QUE ATENDA AS NORMAS: PORTARIA Nº 15, DE 23-08-1988; RESOLUÇÃO RDC Nº 75 DE 23-10-2008; RESOLUÇÃO Nº 14 DE 28-02-2007; RDC Nº 40 DE 05-06-2008, RDC Nº 33 DE 16-08-2010 E RDC Nº 35 DE 16-08-2010. REGISTRO NA ANVISA.	GL

39180	DESINFETANTE HOSPITALAR DE BAIXO NÍVEL PARA APLICAÇÃO EM SUPERFÍCIES FIXAS A BASE DE QUATERNÁRIO DE AMÔNIO COM ASSOCIAÇÕES E CONCENTRAÇÃO ENTRE 0,1 A 0,14 POR CENTO. AÇÃO CONTRA BACTÉRIAS VEGETATIVAS ATIVAS, FUNGOS E VÍRUS LIPÍDICOS. COMPATÍVEL COM SUPERFÍCIES EM ACRÍLICO, AÇO INOXIDÁVEL, FERRO GALVANIZADO, ALUMÍNIO, LATÃO, BORRACHA E SILICONE. BAIXA TOXICIDADE PARA O HOMEM. PRONTO USO. A APRESENTAÇÃO DEVERÁ SER EM FRASCOS DE 240 A 3785 MILILITROS, ACOMPANHADO DE 1 FRASCO BORRIFADOR PARA CADA 750ML DO PRODUTO. REGISTRO NA ANVISA.	ML
52334	DETERGENTE MULTIENZIMÁTICO DE USO RESTRITO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, QUE POSSUA NO MÍNIMO 5 ENZIMAS, SENDO DUAS DO GRUPO DAS PROTEASES, DUAS DO GRUPO DAS CARBOHIDRASES E UMA DO GRUPO DAS LIPASES, NÃO IÔNICO/ANIÔNICO, PH NEUTRO NA FORMA PURA, BIODEGRADÁVEL, COM INFORMAÇÃO NO RÓTULO DA FORMA DE DILUIÇÃO, INDICAÇÃO DO FABRICANTE PARA USO EM TEMPERATURA AQUECIDA OU EM TEMPERATURA AMBIENTE, PARA USO EM LIMPEZA MANUAL E/OU AUTOMATIZADA, COM BAIXA FORMAÇÃO DE ESPUMA, SEM CORANTES OU FRAGRÂNCIAS QUE POSSA MASCARAR A PRESENÇA DE MATÉRIA ORGÂNICA APÓS A LIMPEZA. APRESENTAÇÃO DE LAUDOS QUE COMPROVEM A QUALIDADE DO PRODUTO POR MEIO DE LAUDOS DE PH NA FORMA PURA, BIODEGRADABILIDADE, ATIVIDADE ENZIMÁTICA DE PELO MENOS UMA PROTEASE, UMA CARBOHIDRASE E UMA LIPASE, LAUDO DE ESTABILIDADE DESTAS ENZIMAS E ESTABILIDADE DO SISTEMA CONSERVANTE MICROBIOLÓGICO DO DETERGENTE. OS LAUDOS DEVERÃO SER REALIZADOS POR LABORATÓRIOS HABILITADOS PELA REDE REBLAS. APRESENTAÇÃO DEVERÁ SER EM GALÕES DE 1 A 5 LITROS.	LITRO
29964	FORMOL LÍQUIDO 10% FRASCO 1000 ML	FR
13421	GEL PARA ECG FRASCO COM 100 GR	FR
13424	GEL PARA ULTRASSONOGRRAFIA GALÃO COM 5 LITROS	GL
12345	HIPOCLORITO DE SÓDIO 1% C/ ESTABILIZADOR GALÃO 5000 ML (REG MS)	GL
13366	HIPOCLORITO DE SÓDIO 10% FRASCO 1000 ML	FR
5848	IDOPOVIDONA (PVPI) SOLUÇÃO ALCOÓLICA A 10% COM 1% EM IODO ATIVO FRASCO PLÁSTICO ÂMBAR 100 ML	FR
8974	IDOPOVIDONA (PVPI) SOLUÇÃO ALCOÓLICA A 10% COM 1% EM IODO ATIVO FRASCO PLÁSTICO ÂMBAR 1000 ML	FR
8975	IDOPOVIDONA (PVPI) SOLUÇÃO AQUOSA A 10% COM 1% EM IODO ATIVO FRASCO ÂMBAR 100 ML	FR
10508	IDOPOVIDONA (PVPI) SOLUÇÃO AQUOSA A 10% COM 1% EM IODO ATIVO FRASCO ÂMBAR 1000 ML	FR
10512	IDOPOVIDONA (PVPI) SOLUÇÃO DEGERMANTE 10% COM 1% DE IODO ATIVO FRASCO DISPENSADOR DE 1000 ML (APROPRIADO P/ DISPENSA ATRAVÉS DE PEDAL)	FR
12348	LUBRIFICANTE MINERAL NÃO OLEOSO, SEM SILICONE PARA LUBRIFICAÇÃO E PREVENÇÃO CONTRA FERRUGEM E OXIDAÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS RESISTENTE AO CALOR, ATÓXICO E PERMEÁVEL AO ÓXIDO DE ETILENO FRASCO 1000 ML	FR
44260	SOLUÇÃO DE PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO MAIS ÁCIDO PERACÉTICO (PARA USO EM HEMODIÁLISE COM CONCENTRAÇÃO MÁXIMA DE 4% EM ÁCIDO PERACÉTICO) GALÃO 5000 ML (REG MS)	GL
46996	REFIL DE ÁLCOOL GEL 70% COM CAPACIDADE PARA 800ML, COMPATÍVEL COM OS DISPENSADORES.	UM
44944	SOLUÇÃO A BASE DE ÁCIDO FOSFÓRICO PARA REMOÇÃO DE OXIDAÇÃO EM INSTRUMENTAIS DE AÇO INOX (AÇÃO RÁPIDA, NÃO CORROSIVO), FRASCO 5000 ML	GL
8742	SOLUÇÃO PARA HEMODIÁLISE, FRAÇÃO ÁCIDA (C/ CLORETO DE SÓDIO + ASSOCIAÇÕES) GALÃO 5000 ML	GL
8592	SOLUÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% FRAÇÃO BÁSICA GALÃO 5000 ML	GL
12349	VASELINA LÍQUIDA FRASCO 1000 ML	FR

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – FIOS CIRURGICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UN
16952	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MONOFILAMENTO Nº 4-0, COM 70 CM, AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 2,4 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (PLASTICA).	EV
12374	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MULTIFILAMENTO Nº 1, COM 70 CM, AGULHA 1/2 CÍRCULO TRIANGULAR DE 3,6 A 3,7 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (ORTOPEDIA).	EV
10321	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MULTIFILAMENTO TRANÇADO Nº 0 COM 70 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,9 A 4,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
10328	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MULTIFILAMENTO TRANÇADO Nº 1 COM 90 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 4,8 CM EMBALAGEM PGC E /OU ALUMINIZADA E REG. MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
10327	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MULTIFILAMENTO TRANÇADO Nº 2-0 COM 70 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10332	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MULTIFILAMENTO TRANÇADO Nº 2-0 COM 70 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10326	FIO CIRURGICO ABSORVIVEL SINTETICO MULTIFILAMENTO TRANÇADO Nº 3-0 COM 70 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,6 A 2,7 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
25139	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO Nº 0 DE 70 A 75 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 9.0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (SUTURA HEPATICA).	EV
10346	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO Nº 0 DE 70 A 75 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 3.0 A 3,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10347	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO Nº 2-0 COM 90 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 4,8 A 5,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
10348	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO Nº 2-0 DE 70 A 75 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,0 A 3,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
9025	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO Nº 3-0 DE 70 A 75 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,5 A 3,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10342	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO Nº 4-0 DE 70 A 75 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 1,5 A 1,7 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (UROLOGIA).	EV
10358	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES Nº 0 COM 90 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA 4,8 A 5,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
10357	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES Nº 2-0 COM 70 A 75 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 1,7 A 2,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (AMIGDALECTOMIA).	EV
10361	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES Nº 2-0 COM 90 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA 4,8 A 5.0 CM EMBALAGEM PCG E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
10355	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES Nº 2-0 DE 70 A 75 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,5 A 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV

10363	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES Nº 3-0 COM 70 A 75 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,0 A 3,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10362	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES Nº 4-0 COM 70 A 75 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 1,5 A 1,7 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (UROLOGIA).	EV
10374	FIO CIRURGICO DE ALGODAO PRETO/AZUL Nº 0 (15 X 45 POR ENVELOPE) SEM AGULHA EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
10369	FIO CIRURGICO DE ALGODÃO PRETO/AZUL Nº 0 COM 70 A 75 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,0 A 3,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10375	FIO CIRURGICO DE ALGODAO PRETO/AZUL Nº 2-0 (15 X 45 POR ENVELOPE) SEM AGULHA EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG MS.	EV
10367	FIO CIRURGICO DE ALGODAO PRETO/AZUL Nº 2-0 COM 45 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10373	FIO CIRURGICO DE ALGODAO PRETO/AZUL Nº 2-0 COM 45 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 3,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG MS (CUTICULAR).	EV
10376	FIO CIRURGICO DE ALGODAO PRETO/AZUL Nº 3-0 (15 X 45 POR ENVELOPE) SEM AGULHA., EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS.	EV
10368	FIO CIRURGICO DE ALGODAO PRETO/AZUL Nº 3-0 COM 45 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
25145	FIO CIRURGICO DE NYLON (POLYAMIDA) PRETO MONOFILAMENTO Nº 10-0 COM 13 A 15 CM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,8 A 4,0 MM E COM 50 A 75 MICRONS DE DIAMETRO EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG.MS (MICROCIRURGIA).	EV
25143	FIO CIRURGICO DE NYLON (POLYAMIDA) PRETO MONOFILAMENTO Nº 8-0 COM 13 A 15 CM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 6,4 A 6,5 MM E COM 100 A 130 MICRONS DE DIAMETRO EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG.MS (MICROCIRURGIA).	EV
25144	FIO CIRURGICO DE NYLON (POLYAMIDA) PRETO MONOFILAMENTO Nº 9-0 COM 13 A 15 CM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 6,4 A 6,5 MM E COM 100 A 130 MICRONS DE DIAMETRO EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG.MS (MICROCIRURGIA).	EV
10388	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO Nº 2-0 COM 45 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 1,9 A 2,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CUTICULAR).	EV
10395	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO MONOFILAMENTO Nº 0 COM 120 A 150 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 4,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (BARIATRICA).	EV
10394	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO MONOFILAMENTO Nº 0 COM 45 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 1,9 A 2,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CUTICULAR).	EV
10389	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO Nº 2-0 COM 45 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO TRIANGULAR DE 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (NEUROCIRURGIA/FECHAMENTO GERAL).	EV
10379	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO Nº 3-0 COM 45CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 2,4 A 2,5 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CUTICULAR).	EV
10391	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO Nº 4-0 COM 45 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 2,4 A 2,5 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CUTICULAR).	EV
10392	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO Nº 5-0 COM 45 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO TRIANGULAR DE 2,5 A 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CUTICULAR).	EV

10390	FIO CIRURGICO DE NYLON PRETO Nº 6-0 COM 45 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 1,5 A 1,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (PLASTICA).	EV
10396	FIO CIRURGICO DE POLIESTER TRANÇADO Nº 2 COM 75 CM AGULHA 1/2 CÍRCULO TRIANGULAR DE 4,0 CM E REG. MS (ORTOPEDIA).	EV
10397	FIO CIRURGICO DE POLIESTER VERDE TRANÇADO Nº 5 (4 X 75 CM POR ENVELOPE) COM AGULHA 1/2 CÍRCULO TRIANGULAR ROBUSTA DE 4,7 A 4,8 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (FECHAMENTO EXTERNO).	EV
10406	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 6-0 COM 75 CM COM 02 AGULHAS 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 1,2 A 1,3 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOVASCULAR).	EV
10413	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 0 COM 75 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,5 A 3,7 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (FECHAMENTO GERAL).	EV
744	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 2-0 COM 75 CM COM AGULHA 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,0 A 3,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (GASTROINTESTINAL).	EV
10412	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 3-0 COM 75 CM COM 02 AGULHAS 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,5 A 2,6 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOVASCULAR).	EV
10407	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 3-0 COM 90 CM COM 02 AGULHAS 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 3,0 A 3,1 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOVASCULAR).	EV
10408	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 4-0 COM 75 CM COM 02 AGULHAS 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 2,0 A 2,2 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOVASCULAR).	EV
10398	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 5-0 COM 75 CM COM 02 AGULHAS 1/2 CÍRCULO CILINDRICA DE 1,5 A 1,7 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOVASCULAR).	EV
10411	FIO CIRURGICO DE POLIPROPILENO AZUL Nº 7-0 COM 75 CM COM 02 AGULHAS 3/8 CÍRCULO CILINDRICA DE 0,9 A 1,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOVASCULAR).	EV
25142	FIO CIRURGICO NYLON INCOLOR MONOFILAMENTO Nº 5-0 COM 45 CM AGULHA 3/8 CÍRCULO TRIANGULAR DE 2,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CUTICULAR).	EV
48077	FIO DE AÇO MONOFILAMENTO Nº 1 (3 X 60 CM POR ENVELOPE) SEM AGULHA EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (BUCOMAXILO).	EV
48078	FIO DE AÇO MONOFILAMENTO Nº 2 (3 X 60 CM POR ENVELOPE) SEM AGULHA EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (BUCOMAXILO).	EV
10420	FIO DE SEDA TRANÇADO Nº 4-0 COM 45 CM COM AGULHA 1/2 CÍRCULO TRIANGULAR DE 1,7 A 2,0 CM EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (ODONTOLOGIA).	EV
10424	FIO MALEAVEL PARA CERCLAGEM (FIO DE AÇO) Nº 0,6 A 0,8 EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOLOGIA).	EV
10423	FIO MALEAVEL PARA CERCLAGEM (FIO DE AÇO) Nº 1,0 A 1,2 EMBALAGEM PGC E/OU ALUMINIZADA E REG. MS (CARDIOLOGIA).	EV

4.7 Modelo de Padronizações de Normas e Rotinas

4.7.1 Estrutura e Estabelecimento de Normas e Rotinas para o Funcionamento da Urgência e Emergência, Acolhimento e Classificação de Risco

Contexto:

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.

Serão considerados atendimentos de urgência/emergência aqueles não programados, que sejam realizados pelo serviço de Pronto Atendimento do **CHRDJC**, porta aberta em U&E, clientes que o procurem com ou sem risco potencial ou iminente de vida, que necessitem de atenção médica imediata. O atendimento ocorrerá por encaminhamento referenciado, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias do ano.

Deverá ser garantido o acolhimento, entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram o Hospital, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

O Pronto Atendimento funcionará a partir do atendimento dos usuários por meio do Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR), conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (Portaria nº. 2.048 de 05.11.2002 e Portaria nº 1.600 de 07.07.2011).

No Manual de Acolhimento e Classificação de Risco, devem estar contidos protocolos importantes, que se relacionam com vários pontos da reforma sanitária promovida nos últimos anos, como a conversão da atenção primária ao modelo da estratégia saúde da família, a organização do trabalho das urgências e emergências, com o estabelecimento das bandeiras de contingenciamento, e a implementação do Complexo Regulador em Saúde.

Para que essa estrutura funcione, de forma organizada e hierarquizada em níveis de atenção, é imprescindível que haja normas que definam como priorizar os pacientes em função da gravidade e da necessidade de assistência, permitindo a classificação dos casos que se apresentam nas nossas portas de emergência. Tal medida garante a equidade na assistência, erigida a princípio constitucional do Sistema Único de Saúde pela Constituição Cidadã de 1988. O manual precisa ser profundamente debatido nos grupos de trabalho especialmente criados para tal propósito.

O conhecimento dos critérios de classificação de risco é ferramenta indispensável ao trabalho de qualquer profissional de saúde, especialmente em tempos de aumento da demanda por saúde pública e limitação da oferta dos serviços do SUS. A utilização desses instrumentos pressupõe escuta qualificada e promove qualidade no acesso aos serviços, direcionando os pacientes para o nível de atenção mais adequado para resolver seus problemas de saúde, que sem dúvida serão úteis para garantir assistência de qualidade e no tempo correto para a população que procura o **CHRDJC**.

O manual pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos. Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional. Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte na elaboração dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual. A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; diminuem a margem de erro; importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela; muito valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Ministério da Saúde e medicamentos de alto custo etc.); melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas; melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques; pode gerar um prontuário eletrônico; otimiza a produtividade dos trabalhadores; garante uma assistência livre de riscos e danos aos paciente (CANAVEZI, 2008).

Em até 30 dias, após a assinatura do Contrato de Gestão (CG) serão realizadas reuniões com a Gerência Médica e a equipe multiprofissional objetivando definir o funcionamento assistencial na porta de entrada, bem como as padronizações necessárias ao novo Modelo Gerencial, em especial a implantação do **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) no CHRDJC**.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** juntamente com a referida equipe técnica vai constituir um Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco. O manual vai orientar de forma clara critérios de classificação de risco, os passos a serem seguidos e é uma ferramenta potente na construção de fluxos e processos de trabalho que atendam necessidades da população, considerando suas características epidemiológicas, socioculturais locais e as diversidades e singularidades entre os serviços que possuem realidades bem distintas. O manual precisa contribuir com a reestruturação da Classificação de Risco no Serviços de Urgência e Emergência/**CHRDJC**.

A elaboração do Manual deve estar em consonância com as diretrizes e recomendações mais recentes do Ministério da Saúde (MS) pactuadas com a através do Projeto de Qualificação das Práticas de Cuidado a partir das portas de entrada do SUS e tem como linha principal o fortalecimento, organização, integração e normalização dos processos de trabalho que irão nortear os profissionais de saúde nas atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica.

Para que a implantação do A&CR no **CHRDJC** seja efetivamente uma estratégia articulada em rede, há que se buscar a pactuação de espaços de trabalho conjunto; definir estratégias para articulação com a rede, constituir grupo específico para formação e educação permanente de trabalhadores do município/estado para aprimoramento na utilização do protocolo; articular a discussão e o aprimoramento do processo de implantação do A&CR com o SAMU, centrais de regulação de vagas, serviços de atenção secundária e de atenção básica, representantes de usuárias, de instituições de ensino, de movimentos de mulheres, representantes de categorias profissionais, Ministério Público ou outros fóruns existentes.

A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação da Porta de Entrada Hospitalar/**CHRDJC** de Urgência.

A organização das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

I - utilização de protocolo único de Classificação de Risco;

II - fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;

III - discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;

IV - pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;

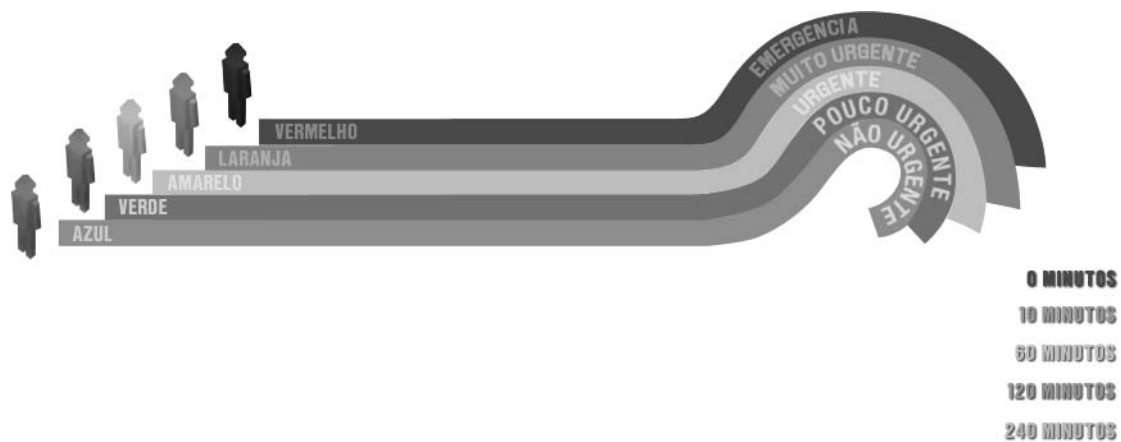
V - compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;

VI - informatização dos processos. (CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

Figura 11:

A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester



Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção à Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

Pontos do Manual:

Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil (MS) foi criada em 2003 e busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças nos modos de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde, pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.

Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois entende-se que acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde assim se constituindo em uma postura ética, política e estética.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004).

Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que:

“No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. Além disso a Resolução prevê que o Enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Conforme essa Portaria, o processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

A Portaria GM/MS nº 4279/2010 da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define todos os pontos de atenção como igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Os pontos de atenção são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. (BRASIL, 2010). A Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados a outras unidades por profissional não- médico.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Vale ressaltar que não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho, definiu-se Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco na Porta de Urgência e Emergência/**CHRDJC** –que contribuirá diretamente para a efetivação da Diretriz da PNH Acolhimento, no âmbito do SUS.

Justificativa

A elaboração desse manual visa nortear os profissionais de saúde do **CHRDJC** no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica. A classificação de risco requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais.

Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é preciso que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar. O protocolo é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas, traumáticas e, tem por finalidade a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento rápido, seguro e oportuno, de acordo com o potencial de risco.

Nesse sentido, este protocolo justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas aos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência no **CHRDJC**, a fim de diminuir a peregrinação dos usuários nos serviços de saúde evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, de viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.

Orientações Gerais para o Fluxo de Pacientes na Classificação de Risco

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta utilizada para organização dos fluxos, baseada em critérios visando priorizar os atendimentos aos usuários conforme o grau de prioridade, atentando para a criticidade do quadro de saúde / doença. O acolhimento tem início com chegada do usuário à unidade de saúde com a identificação do quadro, situação, queixa ou episódio apresentado. Os protocolos que compõem este manual foram construídos por equipe multiprofissional, baseados em evidências da literatura, que estratifica a classificação de risco por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), de acordo com a complexidade; Recomenda-se a revisão e atualização dos referidos protocolos a cada dois anos, ou em menor período, caso necessário.

A permanência do usuário em leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período até 24 horas, não deverá caracterizar internação hospitalar; entretanto, se a atenção prestada em regime de urgência der origem à internação do paciente, não será registrado como um atendimento de urgência e sim como um atendimento hospitalar. Se em consequência do atendimento por urgência o cliente for colocado em regime de “observação” (leitos de observação) por um período menor que 24 (vinte e quatro) horas sem que ocorra a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4.7.2 Procedimentos Operacionais Padrão, Protocolos Assistenciais e Clínicos

A seguir serão apresentados alguns Modelos de Procedimentos Operacionais Padrão, Protocolos Assistenciais e Protocolos Clínicos que podem ser adotados no **CHRDJC** após discussão e avaliação pelas equipes responsáveis.

4.7.2.1 Enfermagem

A equipe de enfermagem é um dos pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

A atuação da equipe de enfermagem na atenção à saúde visa à proteção, à promoção e à recuperação da saúde. Diante disso, o presente instrumento visa organizar as ações da equipe tornando o cuidado mais seguro e resolutivo.

Neste contexto, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe à implantação de protocolos de enfermagem destinados a área de Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

LISTAGEM	
Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem – Todos os Setores que Envolvem a Assistência Direta ao Paciente: Enfermarias, UTI e Pronto Atendimento.	
POP 01	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO
POP 02	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASOGÁSTRICA/ENTERAL
POP 03	APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA
POP 04	APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNA
POP 05	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA ABERTO – TRAQUEOSTOMIAS – PORTEX E RUSH
POP 06	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA ABERTO
POP 07	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO
POP 08	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO – TRAQUEOSTOMIAS PORTEX E RUSH

POP 09	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ORAIS E NASAIS
POP 10	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS
POP 11	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
POP 12	BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA
POP 13	BANHO NO LEITO
POP 14	COLETA DE FEZES PARA EXAME PROTOPARASITOLÓGICO
POP 15	COLETA DE URINA DE 24 HORAS
POP 16	COLETA DE URINA PARA ANÁLISE BIOQUÍMICA
POP 17	COLETA DE URINA PARA UROCULTURA
POP 18	COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BINGO/PAPAGAIO
POP 19	COLOCAÇÃO E RETIRADA DE COMADRE / APARADEIRA
POP 20	CONFERÊNCIA DE CARRINHO DE PARADA
POP 21	AFERIÇÃO DA GLICEMIA
POP 22	AFERIÇÃO DA RESPIRAÇÃO
POP 23	AFERIÇÃO DE PULSO
POP 24	CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE
POP 25	CURATIVO DE CATETERES, INTRODUTORES E FIXADORES EXTERNOS
POP 26	CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES
POP 27	CURATIVO DE INCIÇÃO CIRÚRGICA COM DEISCÊNCIA E/OU SAÍDA DE SECREÇÃO
POP 28	CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL
POP 29	ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME (BIOLÓGICO)
POP 30	HIGIENE ORAL
POP 31	HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS
POP 32	LAVAGEM DE CABEÇA
POP 33	LAVAGEM GÁSTRICA

POP 34	LAVAGEM INTESTINAL
POP 35	LAVAGEM VESICAL
POP 36	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COLCHÕES HOSPITALARES
POP 37	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETRO
POP 38	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESTETOSCÓPIO
POP 39	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS
POP 40	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
POP 41	NORMAS BÁSICAS DE MEDICAÇÃO
POP 42	OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL
POP 43	OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI
POP 44	OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL
POP 45	PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE
POP 46	PREPARO DO LEITO SEM PACIENTE
POP 47	PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO
POP 48	RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL
POP 49	SONDAGEM NASOGÁSTRICA
POP 50	SONDAGEM NASOENTERAL
POP 51	SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO
POP 52	SONDAGEM VESICAL DE DEMORA
POP 53	TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX
POP 54	VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)
POP 55	AFERIÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR OU ORAL
POP 56	AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

POP 01 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

1 - FINALIDADE:

Auxiliar no tratamento de patologias.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Verificação do medicamento prescrito;

Verificação da via de administração;

Verificação de paciente certo;

Verificação de dose;

Verificação de horário.

5 - MATERIAL:

Gaze; Medicação prescrita; Lenço de papel; Bandeja; Luva de procedimento se necessário.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir a prescrição médica, preparar o material e levá-lo numa bandeja até o paciente;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Utilizar luvas de procedimento;
5. Administrar medicação na via certa (prescrita);
6. Recolher o material em uma bandeja e encaminhar ao expurgo;
7. Higienizar as mãos;
8. Checar o procedimento;
9. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

Via ocular

Caso tenham sido prescritas gotas e pomada, as gotas devem ser instiladas primeiramente;

Utilizar um novo lenço de papel absorvente para cada olho para evitar contaminação cruzada;

Se a ponta do conta-gotas ou pomada for contaminada, descarte-os e providencie outro estéril.

Via auricular

Para aplicação de cremes, faz-se um fuso de gaze colocando creme na extremidade;

Deve-se introduzir no ouvido com o auxílio de uma pinça;

A medicação deve ser administrada em temperatura ambiente, se estiver guardada em geladeira, retirar e aguardar o tempo necessário.

Orientar o paciente para permanecer alguns minutos em posição lateral, para evitar refluxo da medicação.

Se o cliente apresentar vertigem, mantenha a grade lateral do leito levantada e ajude-o durante o procedimento, se necessário.

Via nasal

Orientar o paciente a não assuar o nariz imediatamente após a instilação da medicação, apesar do desconforto que ela pode vir a causar.

Via oral

Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo no espaço reservado para anotação de enfermagem.

Deve-se observar e anotar qualquer tipo de reação por um paciente após receber determinado medicamento.

Caso o paciente se mostre confuso ou desorientado, é necessário verificar o interior de sua boca para se certificar de que ele engoliu a medicação.

Se o cliente recusar alguma medicação, registre a recusa e notifique o enfermeiro

Caso não haja possibilidade de o paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído.

Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa.

Via sublingual

Advirta o cliente a não mastigar o comprimido nem o tocar com a língua, para evitar deglutição acidental.

Em medicações com ação anti-hipertensiva, verificar a pressão arterial a cada 30 minutos por 2 horas em média.

Em casos de reações adversas, comunicar enfermeiro e médico;

Verificar o nível de consciência do paciente a fim de avaliar se a terapia medicamentosa por via sublingual deve ser revista junto ao médico.

POP 02 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASOGÁSTRICA/ ENTERAL

1- FINALIDADE:

Administrar medicações por sonda a pacientes com impossibilidades, dificuldades ou contraindicações de deglutição.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Obstrução da sonda; Má absorção por via gástrica; Má localização da sonda; Refluxo gástrico e Broncoaspiração.

5 - MATERIAL:

Bandeja, triturador de comprimido e medicação prescrita, seringas, luva de procedimento, estetoscópio, copo com água filtrada, cuba-rim, gaze, papel toalha e fita adesiva/etiqueta.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir a prescrição médica;
2. Fazer etiquetas de identificação com informações do paciente e medicamento;

3. Reunir o material em uma bandeja;
4. Higienizar as mãos;
5. Retirar o medicamento e:
 - *Se for solução – aspirar a dose prescrita com uma seringa de 10 ou 20ml;
 - *Se for comprimido – retirar da embalagem, triturar até tornar pó, diluir em 10ml de água potável e aspirar com seringa de 10 ou 20ml.
6. Identificar a seringa com etiqueta;
7. Levar a bandeja até o quarto e colocá-la na mesa de cabeceira;
8. Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
9. Solicitar ao paciente fique sentado ou colocá-lo em posição de “Fowler” ou “semi-Fowler”;
10. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
11. Testar a permeabilidade e o posicionamento da sonda;
12. Adaptar seringa na sonda;
13. Injetar lentamente toda a medicação;
14. Após a última administração, lavar a sonda/gastrostomia sob pressão com água potável;
15. Deixar a sonda fechada e manter o paciente confortável;
16. Reunir o material utilizado;
17. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
18. Checar o procedimento;
19. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Realizar o teste de posicionamento da sonda (ausculta) certificando-se da localização da mesma, antes da administração da medicação;
2. Anotar o total de líquidos infundidos, incluindo a diluição, a fim de garantir o controle do balanço hídrico;
3. Medicações oleosas e com revestimento entérico ou comprimidos ou cápsulas de liberação controlada são contraindicadas para administração por SNG. Medicações oleosas aderem à parede da sonda e resistem a mistura com soluções de irrigação e o esmagamento de comprimidos com revestimento entérico ou de liberação controlada, para facilitar o transporte através da sonda, destrói as suas propriedades pretendidas;

4. Após administração da medicação injetar.

Crianças

SNG nº 8FR – 5 ml de água filtrada

SNG nº 10FR – 7 ml de água filtrada

SNE nº 6FR – 8 ml de água filtrada

SNE nº 8FR – 10 ml de água filtrada

Adulto

SNE ou SNG – 20ml de água filtrada

Observação:

Evite sempre que possível esquemas de medicamentos que frequentemente interrompam a alimentação gastroentérica;

Dissolver e administrar cada medicamento separadamente, lavando a sonda com água potável entre as medicações;

No caso de SNG aberta, o tempo de fechamento da sonda é em torno de 60 minutos, variando conforme o tempo de absorção da medicação.

POP 03 - APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

1 - FINALIDADE:

Diminuir hipertermia, diminuir dor e conter edema e hematoma, diminuir a inflamação por meio da redução do fluxo sanguíneo.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Bolsa plástica ou térmica, gelo ou água gelada, compressa ou lençóis.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Equipe de Enfermagem

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. Preencher o interior da(s) luva(s) com água gelada ou gelo e amarrar a parte do punho ou preencher o interior da bolsa térmica e fechá-la firmemente;
3. Verificar se não há vazamento;
4. Testar a temperatura da luva/bolsa térmica no seu próprio braço;
5. Envolver a luva/bolsa térmica em compressa ou lençol;
6. Aplicar na região indicada;
7. Acompanhar o procedimento;
8. Registrar na evolução de enfermagem / checar na prescrição.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Para baixar a temperatura corporal, aplicar compressas de gelo preferencialmente nas regiões fronto-temporal, axilar e inguinal bilateral, devido à superficialidade de vasos calibrosos, o que facilita a liberação de calor e promove a redução da temperatura;
2. Providenciar banho morno - o banho morno gera menos desconforto do que o banho frio;
3. Durante o período de calafrios, cobrir o paciente e protegê-lo de correntes de ar;
4. O resfriamento intenso de uma área corporal pode produzir queimaduras;
5. Observar locais de hiperemia principalmente em pacientes comatosos e crianças;
6. Aumentar a ingestão de líquidos, se não houver contra-indicação.

POP 04 - APLICAÇÃO DE COMPRESSA MORNIA

1 - FINALIDADE:

Favorecer a vasodilatação, proporcionar aquecimento e aliviar a dor e espasmo local, facilitar processos supurativos e dar conforto ao paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Luvas de procedimento, água morna, compressas/ lençóis, bolsa térmica.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Equipe de Enfermagem

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. Preencher o interior da bolsa térmica e fechar firmemente;
3. Verificar se não há vazamento;
4. Testar a temperatura da bolsa térmica no seu próprio braço;
5. Envolver a bolsa térmica em compressa ou lençol;
6. Aplicar na região a ser aquecida;
7. Acompanhar o procedimento;
8. Retirar a bolsa térmica após o esfriamento;
9. Registrar na evolução de enfermagem/cheçar na prescrição.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Solicitar água morna na copa/serviço de nutrição;
2. Verificar a temperatura da água antes de colocá-la na bolsa térmica;
3. Verificar as características da pele antes e após o procedimento.

POP 05 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA ABERTO – TRAQUEOSTOMIAS – PORTEX E RUSH

1 - FINALIDADE:

Conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva, Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sondas de aspiração, água destilada ou solução fisiológica, gases, luvas (indicado o uso da luva de aspiração sobre a luva de procedimentos), máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
2. Lavar as mãos corretamente;
3. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
4. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Ligar o aspirador com a mão não dominante;
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO₂ a 100 % por dois minutos);
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Calçar a luva de aspiração na mão dominante;
11. Retirar a sonda do pacote com a mão dominante – com luva de aspiração;
12. Desconectar a traqueia do respirador com a mão não dominante ou solicitar a outra pessoa para desconectar (deixar a extremidade distal suspensa – sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo);
13. Pinçar a sonda;

14. Introduzir a sonda de aspiração na traqueostomia até provocar o estímulo da tosse ou apenas a metade da sonda;
15. Abrir a sonda (não ultrapassar 5 segundos);
16. Conectar a traqueia do ventilador novamente;
17. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
18. Introduzir a sonda na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida
19. Introduzir a sonda na cavidade nasal e oral (conforme Protocolo de Aspiração de Secreções Respiratórias – Oraís e Nasais);
20. Desprezar a sonda de aspiração em lixo comum;
21. Lavar o intermediário de aspiração com água estéril ou solução fisiológica;
22. Retirar as luvas;
23. Lavar as mãos;
24. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Não é obrigatória a técnica asséptica, apesar de recomendada;
3. Não se recomenda injetar soro ou água destilada pela traqueostomia e ambuzar. Se for necessária a retirada de “rolhas”, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução seguida de aspiração;
4. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
5. Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex;
6. Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;
7. Quando for necessário aspirar as duas cavidades – nasal e oral, faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e faringe;
8. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar (e o oxigênio) é aspirado;
9. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;

10. Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos em recipiente não estéril (copinhos, frascos);
11. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;
12. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
13. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral;
14. A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento;
15. Os curativos das traqueostomias devem ser feitos três vezes ao dia, ou sempre que necessário, conforme “protocolo de curativo de traqueostomias” (ainda não elaborado);

Lembrar: em pacientes curarizados, ou muito sedados, ou ainda com estímulo da tosse prejudicada, introduzir apenas a metade da sonda de aspiração ou até encontrar resistência, não a ultrapassando.

POP 06 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA ABERTO

1 - FINALIDADE:

Conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sondas de aspiração, água destilada ou solução fisiológica, gazes, luvas, máscara, óculos para proteção.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4- LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva, Pronto Atendimento.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
2. Lavar as mãos corretamente;
3. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
4. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Ligar o aspirador com a mão não dominante;
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO₂ a 100 % por dois minutos);
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Calçar a luva de aspiração na mão dominante;
11. Retirar a sonda do pacote com a mão dominante – com luva de aspiração;
12. Desconectar a traqueia do respirador com a mão não dominante ou solicitar a outra pessoa para desconectar (deixar a extremidade distal suspensa – sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo);
13. Pinçar a sonda;
14. Introduzir a sonda de aspiração no tubo endotraqueal;
15. Abrir a sonda quando introduzido por completa a sonda, retirando-a lentamente (não ultrapassar 5 segundos);
16. Conectar a traqueia do ventilador novamente;
17. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
18. Introduzir a sonda na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida;
19. Introduzir a sonda na cavidade nasal e oral (conforme Protocolo de Aspiração de Secreções Respiratórias – Oraís e Nasais);
20. Desprezar a sonda de aspiração em lixo comum;
21. Lavar o intermediário de aspiração com água estéril ou solução fisiológica;
22. Retirar as luvas;
23. Lavar as mãos;
24. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Não é obrigatória a técnica asséptica, apesar de recomendada;
3. Não se recomenda injetar soro ou água destilada pelo tubo e ambuzar. Se for necessária a retirada de “rolhas”, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução seguida de aspiração;
4. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
5. Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex;
6. Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;
7. Quando for necessário aspirar as duas cavidades – nasal e oral, faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e faringe;
8. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar (e o oxigênio) é aspirado;
9. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
10. Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos em recipiente não estéril (copinhos, frascos);
11. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;
12. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
13. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral;
14. A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento.

POP 07 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO

1 - FINALIDADE:

É conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros, técnicos enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sistema de aspiração fechado (conectado ao paciente), água destilada ou solução fisiológica (seringa de 20 ml), luvas de procedimentos, máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Aspirar 20 ml de água estéril ou solução fisiológica em uma seringa;
2. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
3. Lavar as mãos corretamente;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao aspirador;
6. Ligar o aspirador;
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO₂ a 100 % por dois minutos);
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
11. Introduzir a sonda da aspiração por completo no tubo endotraqueal do paciente com o clampe fechado;
12. Apertar o clampe de aspiração, retirando a sonda lentamente (não ultrapassar 5 segundos);
13. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
14. Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica);
15. Lavar a sonda aspirando concomitantemente;

16. Desconectar a seringa (manter protegida a seringa com invólucro estéril);
17. Lavar novamente a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
18. Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
19. Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
20. Lavar o intermediário de aspiração;
21. Retirar as luvas e desprezá-las em lixo comum;
22. Lavar as mãos;
23. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;
3. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
4. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
5. Não manter conectado o intermediário de aspiração ao sistema de aspiração fechado;
6. Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;
7. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado;
8. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
9. Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substituir se mal funcionante;
10. Não desconectar o sistema em pacientes com PEEP elevado;
11. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral;
12. A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento.

POP 08 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA FECHADO – TRAQUEOSTOMIAS PORTEX E RUSH

1 - FINALIDADE:

É conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sistema de aspiração fechado (conectado ao paciente), água destilada ou solução fisiológica (seringa de 20 ml), luvas de procedimentos, máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÕES DA TÉCNICA

1. Aspirar 20 ml de água estéril ou solução fisiológica em uma seringa;
2. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
3. Lavar as mãos corretamente;
4. Calçar as luvas de procedimentos;
5. Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao aspirador;
6. Ligar o aspirador;
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO₂ a 100 % por dois minutos);
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
11. Introduzir a sonda da aspiração na traqueostomia até a metade ou até estimular a tosse do paciente com o clampe fechado;
12. Apertar o clampe de aspiração, retirando a sonda lentamente (não ultrapassar 5 segundos);
13. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
14. Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica);

15. Lavar a sonda aspirando concomitantemente;
16. Desconectar a seringa (manter protegida a seringa com invólucro estéril);
17. Travar novamente a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
18. Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
19. Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
20. Lavar o intermediário de aspiração;
21. Retirar as luvas e desprezá-las em lixo comum;
22. Lavar as mãos;
23. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;
3. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
4. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
5. Não manter conectado o intermediário de aspiração ao sistema de aspiração fechado;
6. Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler;
7. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado;
8. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
9. Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substituir se mal funcionante;
10. Não desconectar o sistema em pacientes com PEEP elevado;

11. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral;

12. A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento;

13. Os curativos das traqueostomias devem ser feitos três vezes ao dia, ou sempre que necessário, conforme “protocolo de curativo de traqueostomias” (ainda não elaborado);

Lembrar: em pacientes curarizados, ou muito sedados, ou ainda com estímulo da tosse prejudicado, introduzir apenas a metade da sonda de aspiração ou até encontrar resistência, não ultrapassando-a.

POP 09 - ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ORAIS E NASAIS

1 - FINALIDADE:

É conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE

Enfermeiros, técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAIS:

Aspirador de secreções, sondas de aspiração, água destilada ou solução fisiológica, gazes, luvas de procedimento, máscara, óculos para proteção.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Reunir o material e colocar próximo ao paciente;
2. Lavar as mãos corretamente;
3. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível;
4. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);

5. Calçar as luvas de procedimentos;
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze ou calçar a luva plástica estéril na mão que irá aspirar;
7. Retirar a sonda do pacote com a mão calçada na luva plástica;
8. Ligar o aspirador;
9. Pinçar o látex de aspiração;
10. Introduzir a sonda na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida;
11. Retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
12. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
13. Introduzir a sonda na cavidade oral pinçada;
14. Retirar lentamente com movimentos circulares;
15. Limpar a sonda de aspiração e o intermediário com água estéril (remoção do muco e secreções aderentes);
16. Desprezar a sonda de aspiração em lixo comum;
17. Retirar as luvas;
18. Lavar as mãos;
19. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes, do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo;
2. Não é necessária a técnica asséptica, porém são necessárias as precauções padrão;
3. Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
4. Para realizar a aspiração, o paciente deve estar em posição sentada ou em semi-fowler;
5. Quando for necessário aspirar as duas cavidades – nasal e oral, faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e faringe;
6. A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado;
7. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;

8. Aspirações sem necessidade aumentam o risco de infecção e lesões;
9. Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica;
10. Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental;
11. Não conectar nova sonda ao aspirador;
12. Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos em recipiente não estéril (copinhos, frascos);

É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral.

POP 10 - ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

1- FINALIDADE:

Manter as vias aéreas desobstruídas e melhorar a troca gasosa.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva e Pronto Atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Hipoxemia; arritmias cardíacas; parada cardíaca; broncoaspiração; traumatismo da mucosa traqueal; microatelectasias; alteração da PCO₂; hipertensão arterial; aumento da pressão intracraniana; infecções; ansiedade.

5 – MATERIAL:

Bandeja, aspirador, frasco de aspiração, máscara, óculos, gorro, avental, sonda de aspiração, gaze, luvas estéril e de procedimento, SF 0,9% ou água destilada, ressuscitador manual, fonte de oxigênio.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS INFERIORES

1. Reunir o material e levar ao quarto;
2. Explicar o procedimento ao paciente e tranquilizá-lo durante todo o procedimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar o cliente em Semi-Fowler ou Fowler, se for tolerável e interromper a dieta;
5. Abrir a embalagem da sonda (somente a parte que conecta na extensão do tubo coletor) utilize o restante da embalagem para protegê-la, mantendo-a estéril, adapte-a a extensão do aspirador;
6. Colocar a máscara descartável, gorro, avental e óculos protetores e luvas estéreis;
7. Regular a pressão do aspirador/vacuômetro com a mão considerada não estéril (não dominante), mantendo a pressão, conforme recomendado;
8. Proporcionar hiperoxigenação do paciente, conectando ao ventilador mecânico por 30 segundos, de três formas:
 - a. Pressionar o botão de hiperoxigenação no ventilador; ou
 - b. Aumentar o nível de FiO₂ para 100% no ventilador; ou
 - c. Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para a realização de seis ventilações em 30 segundos.
9. Para o paciente em ventilação espontânea com tubo endotraqueal, a hiperoxigenação e hiperventilação também devem ser realizadas:
 - a. Aumentar o fluxo de oxigênio e orientar o paciente a realizar inspirações profundas antes do procedimento ou ventilar quatro ou cinco vezes com o ressuscitador manual conectado ao oxigênio;
10. Desconectar o ventilador mecânico com a mão enluvada, não estéril, protegendo a conexão em Y do circuito;
11. Com a mão não dominante segurar a parte da sonda não estéril e com a mão dominante, retirar a sonda de forma a mantê-la estéril;
12. Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9% (estéril) e manter o frasco com a solução próximo ao leito para a limpeza das extensões após o término do procedimento;
13. Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência e, então, retirar a sonda 1 a 2 cm antes de aplicar sucção;

14. Desclampar a extensão e aspirar retirando a sonda com movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10 segundos;
15. Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30s;
16. Se necessário, repetir o procedimento, mas não realizar mais do que três ou quatro aspirações por sessão;
17. Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada ou SF 0,9 % e realizar aspiração nasal e oral. Após todas as aspirações, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;
18. Deixa o paciente confortável;
19. Recolher o material utilizado e encaminhar o material permanente ao expurgo e desprezar os resíduos em local adequado;
20. Higienizar as mãos e retirar os EPIs;
21. Auscultar os pulmões do paciente e reavaliar suas condições clínicas;
22. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, anotando o aspecto, volume e coloração da secreção aspirada.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES: (Repetir os itens de 01a 04)

1. Colocar a máscara descartável, luvas de procedimento, gorro, avental e óculos protetores;
2. Adaptar o vacuômetro (parede) ou aspirador (portátil) ao frasco coletor, ligar a aspiração, e regular a pressão conforme recomendações. Ocluir a ponta do tubo de conexão para verificar a pressão de aspiração;
3. Abrir o invólucro da sonda e adapte-a à extensão do aspirador e regule a pressão do aspirador/vacuômetro;
4. Lubrifique a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9%, introduza a sonda em uma das narinas (+- 13 a 15 cm) clampeada (sem aplicar sucção) e aspire retirando a sonda, em movimento circular, por no máximo 15 s;
5. Retire lentamente a sonda e deixe o paciente descansar por 20 a 30 s;
Aspire a cavidade oral utilizando a cânula de Guedel. Se necessário, troque a sonda e insira o cateter na boca do cliente e faça avançá-lo de 7,5-10cm pelo lado da boca do cliente até alcançar o acúmulo de secreções ou até que comece a tossir;
6. Proporcionar 2-3 minutos de descanso, enquanto o paciente continua a respirar oxigênio e/ou usar ressuscitador manual ligado ao O₂;

7. Lavar a sonda e intermediário no frasco de solução salina sempre que necessário;
8. Após a sessão, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;
9. Fechar o vácuo e desprezar a sonda no saco de lixo;
10. Repetir os itens de 18, 19, 20 e 22.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. O calibre da sonda de aspiração não deve ser superior a metade do diâmetro da cânula endotraqueal ou de traqueostomia;
2. Observar o paciente durante, oxigenando-os nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com uso de ventilação mecânica;
3. O funcionário deve utilizar máscara facial e óculos de proteção para proceder à aspiração como proteção pessoal;
4. Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do paciente deve ser tracionada para a direita, para aspirar o brônquio esquerdo e, ao contrário, para aspirar o brônquio direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal;
5. A técnica de aspiração de cânula endotraqueal e da traqueostomia deve ser asséptica e feita conforme prescrição médica e de enfermagem. A aspiração frequente e a higiene oral adequada previnem infecções do trato respiratório que podem ser fatais em pacientes de terapia intensiva;
6. O uso de instilação com soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com aspiração. Neste caso, instila-se 1 ml de SF 0,9% e aspira-se imediatamente. Este procedimento ajuda a fluidificar a secreção, no entanto pode causar hipoxemia, além de infecções;
7. A pressão de aspiração de parede recomendada é de 100 a 140 mmHg em adultos, de 95 a 100 mmHg em crianças e de 50 a 95 mmHg em recém-nascidos. No uso de máquina de aspiração portátil, a pressão de aspiração recomendada é de 10 a 15 mmHg em adultos, de 5 a 10 mmHg em crianças e 2 a 5 mmHg em recém-nascidos;
8. Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cefalorraquidiano para a área nasofaríngea, em clientes que sofreram traumatismo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento;
9. Deve-se interromper a dieta e administração de medicamentos durante o procedimento, devido à possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar (OLIVEIRA; ARMOND; TEDESCO, 2001, DREYER et al., 2003).

POP 11 - ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

1 - FINALIDADE:

Otimizar o fluxo de usuários do Hospital, sendo APLICADO a todos os usuários que procuram o serviço

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Pronto atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros

3 - DESCRIÇÃO:

Passos:

1. Acolhimento;
2. Identificar o motivo da procura ao serviço;
3. Identificar risco e vulnerabilidade;
4. Classificar as prioridades de acordo com o protocolo estabelecido;
5. Encaminhar para atendimento;

4 - RECOMENDAÇÕES

vermelho (*att imediato pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião*)

TCE agudo grave - em coma (Glasgow <8)

TRM com déficit neurológico <6 horas

Neurocirurgia Recente com rebaixamento de consciência

laranja (*att em 10 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião*)

TCE agudo moderado – Glasgow 9-13

TRM com déficit neurológico <24hs

amarelo (att em até 60 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)

TCE agudo leve – Glasgow 14-15

TRM com déficit neurológico >24hs

Neurocirurgia Recente com piora dos sintomas ou aparecimento de novos sintomas neurológicos sem rebaixamento de consciência

verde (att em até 120 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)

TCE leve recente (até 3 meses) com pior dos sintomas ou com sinais neurológicos como cefaleia intensa, vômitos, déficit motor

Neurocirurgia Recente sem piora dos sintomas mas com sinais de complicações de ferida operatória

azul (att em até 240 minutos)

Pacientes encaminhados de outras unidades de saúde que não se enquadrem acima, como parecer da Neurocirurgia de pacientes da atenção secundária ou do interior.

Pacientes que não se enquadrem no perfil de urgências deste hospital devem ser encaminhados ao ambulatório de neurocirurgia em unidade básica de saúde ou ao Centros de saúde mais próximo.

POP 12 - BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA

1 - FINALIDADE:

Proporcionar higiene e conforto ao paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Queimadura por temperatura inapropriada da água;

Queda da própria altura ou da cadeira.

5 - MATERIAL:

Água e sabão, cadeira higiênica, luvas de procedimentos, sabonete e bucha para banho, toalhas de rosto e de banho, roupa íntima, pijama ou camisola, desodorante, pente, água e sabão, compressa e álcool a 70%, lençol, fronha, lençol liso e forro se necessário, compressa e álcool a 70%, água e sabão.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração;
3. Fechar porta e janela do quarto, se possível;
4. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
5. Higienizar a cadeira de banho passando compressa embebida em álcool 70% e travar a mesma;
6. Retire as vestes do paciente;
7. Colocar o paciente cuidadosamente na cadeira, se necessário, cobrindo-o com toalha ou lençol e encaminhá-lo ao chuveiro;
8. Testar a temperatura da água na face interna de seu braço;
9. Garantir integridade dos equipamentos usados pelo usuário;
10. Oferecer material de higiene ou ajudar o paciente a fazê-lo, iniciando pela face; e, por último, a região íntima;
11. Remover a espuma com a ducha;
12. Ajudar se necessário o paciente a se enxugar com uma toalha;
13. Ajudar o paciente a se vestir e se pentear se necessário;
14. Acompanhar o paciente até o quarto e sentá-lo em cadeira;
15. Orientar possíveis alterações, dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;
16. Trocar as luvas de procedimento;
17. Retirar roupa de cama anterior e descartar em hamper;
18. Realizar desinfecção com álcool a 70% em colchão e travesseiro;
19. Colocar nova roupa de cama e arrumar o leito;
20. Auxiliar o paciente a ir para o leito e deixá-lo confortável;
21. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
22. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Quando for possível, o paciente deve ser incentivado a tomar o banho sozinho, mas sentado e sob observação;
2. É muito importante verificar a temperatura da água do chuveiro para não provocar acidentes a pacientes que estejam impossibilitados de se locomover;
3. Quando houver curativos, estes devem ser feitos logo após o término do banho;
4. Os cabelos devem ser lavados, as unhas devem ser aparadas e limpas, sempre que necessário;
5. Se for homem verificar a necessidade de tricotomia facial.

Deve-se estimular o autocuidado.

POP 13 - BANHO NO LEITO

1 - FINALIDADE:

Proporcionar higiene e conforto ao paciente acamado e manter a integridade cutânea.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, Unidade de Terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

1. Em caso de pós-operatório e/ou TRM, imobilizações e cirurgia ortopédica deve-se mobilizar o paciente em bloco;
2. Tendência a hipotermia;
3. Erosões e irritação por secagem ou hidratação insuficiente;
4. Queimadura por temperatura inapropriada da água;
5. Queda do leito;
6. Infecções cruzadas por prática deficiente do procedimento, relacionado ao profissional;
7. Infecções por falta de higiene.

5 - MATERIAL:

Água e sabão, biombo, hamper, cadeira, roupa de cama, comadre ou papagaio, luvas de procedimentos, compressa, bacia, jarro com água morna e sabonete, cotonete, creme ou solução hidratante, comadre, roupa íntima, pijama ou camisola, desodorante, roupa de cama, pente, álcool a 70%.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração;
3. Desocupar a mesa de cabeceira, isolar o ambiente com o biombo, aproximar o hamper e colocar a cadeira ao pé do leito;
4. Dobrar a roupa de cama limpa e posicioná-la sobre a cadeira na ordem de uso;
5. Reunir todo o material no carrinho de banho (ou mesa de cabeceira);
6. Fechar janelas e portas para evitar corrente de ar;
7. Oferecer comadre ou papagaio ao paciente;
8. Soltar a roupa de cama e deixar o paciente coberto somente com o lençol;
9. Retirar lençóis, cobertores, travesseiros em excesso;
10. Fechar o clamp do equipo de dieta enteral, se houver;
11. Fazer a higiene oral com creme dental ou antisséptico bucal;
12. Abaixar a cabeceira da cama, se não houver contra-indicação;
13. Colocar luvas e umedecer com água para iniciar o banho;
14. Higienizar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;
15. Enxugar com toalha de rosto;
16. Retirar as vestes do paciente;
17. Colocar a toalha de banho no tórax do paciente deixando os braços sobre a toalha de banho;
18. Ensaboar, lavar, enxaguar da mão até a axila com movimentos longos e firmes. Iniciar do distal para o proximal;
19. Abaixar a toalha até o abdome e lavar o tórax com movimentos circulares;
20. Subir a toalha até o tórax e ensaboar, lavar, enxaguar e enxugar até o abdome;
21. Limpar a cicatriz umbilical com cotonete umedecido;
22. Cobrir o tórax e abdome com lençol;

23. Higienizar e enxugar os membros inferiores, do tornozelo até a raiz da coxa;
24. Repetir o procedimento no outro membro inferior;
25. Aproximar dos pés do paciente a bacia de água;
26. Higienizar e enxugar ambos os pés e retirar a bacia de água, desprezar a água utilizada;
27. Higienizar e enxugar as costas e nádegas do paciente;
28. Realizar desinfecção da cama com álcool a 70% e forrar com lençol limpo, colocando forro se necessário;
29. Massagear com creme hidratante / TCM;
30. Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar a comadre e a toalha sob as nádegas;
31. Dar o material para o paciente fazer sua higiene íntima;
32. Caso não seja possível, proceder à higiene;
33. Virar o paciente em decúbito lateral e esticar o outro lado do lençol, procedendo como do outro lado. Voltar o paciente em decúbito dorsal;
34. Vestir o paciente;
35. Explicar a importância da higiene pessoal com base no controle de infecção;
36. Descartar a roupa de cama no hamper;
37. Realizar desinfecção da cabeceira e criado mudo;
38. Fazer a arrumação da cama;
39. Pentear os cabelos do paciente;
40. Recolher o material do quarto, deixando-o em ordem e o paciente confortável;
41. Orientar possíveis alterações como dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;
42. Encaminhar o material ao expurgo;
43. Lavar com água e sabão e encaminhar ao CME e os demais materiais realizarem a desinfecção com álcool a 70% e encaminhar ao destino;
44. Higienizar as mãos;
45. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

Sempre que possível, o banho no leito deve ser feito por duas pessoas. Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das (proeminências) ósseas, para a prevenção de úlcera de pressão. Manter os lençóis sujos sempre longe do seu uniforme.

POP 14 - COLETA DE FEZES PARA EXAME PROTOPARASITOLÓGICO

1- FINALIDADE:

Coleta de fezes para análise da existência de parasitas.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Orientação inadequada ao paciente;

Paciente urinar nas fezes a serem coletadas.

5- MATERIAL:

Bandeja, recipiente com tampa, etiquetas, comadre, papel higiênico, luvas de procedimento, espátula.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Identificar o recipiente com dados do paciente;
3. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
4. Levar o material ao quarto do paciente;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Solicitar para o paciente evacuar na comadre;
7. Colher uma pequena quantidade da porção média ou final das fezes com uma espátula e colocar no recipiente identificado;
8. Desprezar o resto das fezes no vaso sanitário, descartar a espátula e encaminhar o material ao CME;
9. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
10. Anotar em caderno de protocolo do setor o nome, leito e material coletado a ser entregue no laboratório;
11. Entregar o material no laboratório o mais rápido possível;
12. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do Paciente.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Anotar a hora da coleta da amostra, além de: cor, odor, consistência das fezes, características incomuns e se houve dificuldade de eliminação fecal;
2. Não colocar a amostra em geladeira que contenha alimentos ou medicamentos, prevenindo contaminação destes;
3. Orientar o paciente a não urinar no recipiente em que serão coletadas as fezes porque a urina inibe o crescimento das bactérias fecais.

POP 15 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS

1 - FINALIDADE:

Coletar toda urina do paciente em 24 horas para realização de exames laboratoriais e medição do volume de urina eliminado nas 24hs.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Orientação inadequada ao paciente;
2. Desprezar inadvertidamente o débito urinário coletado;
3. Perda de amostra por atuação deficiente ou desconhecimento do procedimento.

5 - MATERIAL:

Frasco apropriado para o exame, etiqueta, luvas de procedimento, comadre ou papagaio, cálice graduado.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Higienizar as mãos;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Desprezar a primeira micção do dia e anotar o horário no frasco;

5. Colher todas as micções do dia e da noite, inclusive a primeira micção do dia seguinte;
6. Tampar o frasco e encaminhar para o laboratório com horário do término da coleta;
7. Higienizar as mãos;
8. Checar na prescrição médica e anotar o volume total no relatório de enfermagem;
9. Protocolar no caderno de exame do setor;
10. Encaminhar o material ao laboratório após completar 24h;
11. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

Caso a coleta seja realizada pelo paciente:

- Enfatizar que a não coleta, mesmo que seja de apenas uma amostra, durante o período programado, invalidará o exame, implicando no recomeço do procedimento;
- Instruir o cliente a depositar no recipiente toda a urina durante o período de coleta;
- Alertá-lo para não contaminar a urina com fezes ou papel higiênico.

POP 16 - COLETA DE URINA PARA ANÁLISE BIOQUÍMICA

1- FINALIDADE:

Auxiliar no diagnóstico e no controle da terapêutica da infecção urinária.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e pronto atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Contaminação da urina coletada por falha na realização da técnica.

Se for utilizado bolsa coletora com adesivo, pode causar escoriação na pele.

5- MATERIAL:

Sabão/álcool gel, frasco, etiqueta, luva de procedimento, algodão, álcool 70%, agulha 30x8, seringa 20 ml.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário em uma bandeja;
2. Identificar o frasco de acordo com a rotina;
3. Higienizar as mãos;
4. Levar o material junto ao paciente;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto;
7. Realizar a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze ou toalha, da frente para trás, se necessário. Caso contrário, orientar o paciente a fazê-lo;
8. Na mulher, afastar os grandes lábios, lavar a genitália de frente para trás e não usar duas vezes a mesma gaze. No homem, expor a glândula;
9. Enxaguar com bastante água ou gaze umedecida e enxugar com toalha limpa ou gaze;
10. Coletar urina do jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco apropriado ou saco coletor;
11. Recolher o material utilizado;
12. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
13. Encaminhar o frasco, ao laboratório, no máximo em 30 minutos;
14. Protocolar no caderno de exames e entregar o material no laboratório com horário da coleta, o mais rápido possível;
15. Encaminhar todo material ao expurgo e desprezar em local apropriado;
16. Checar o procedimento;
17. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Nos exames de rotina, o ideal é coletar a primeira urina da manhã, desprezando o primeiro jato.
2. Para a coleta de urina para análise bioquímica, o frasco do laboratório não precisa ser estéril.
3. Em crianças ou lactentes recomenda-se o uso de saco coletor após higienização da genitália pelo tempo máximo de 30 minutos, caso a criança não urine, repetir a higienização e colocar novo saco coletor.

POP 17 - COLETA DE URINA PARA UROCULTURA

1 - FINALIDADE:

Coletar urina com técnica asséptica para analisar presença de micro-organismos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e Unidade de Tratamento Intensivo.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Contaminação da urina coletada por falha na realização da técnica asséptica.

5 - MATERIAL:

Bandeja, frasco esterilizado de boca larga com tampa de rosca, etiqueta para identificação, luvas de procedimento, gaze estéril, compressa, água, sabão neutro. Outros materiais: comadre, saco coletor, seringa, agulha de 30 mm x 7 mm, algodão e álcool a 70%, se necessários.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Reunir o material necessário em uma bandeja;
2. Identificar o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar;
3. Higienizar as mãos;
4. Levar o material até o paciente;
5. Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto;
6. Explicar o procedimento ao paciente;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Realizar a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze estéril, da frente para trás, se necessário. Caso contrário, orientar o paciente a fazê-lo;

9. Na mulher, afastar os grandes lábios, lavar a genitália de frente para trás e não usar duas vezes a mesma gaze;
10. No homem, expor a glande;
11. Enxaguar com bastante água ou gaze umedecida e enxugar com toalha limpa ou gaze;
12. Coletar urina do jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco estéril de boca larga;
13. Tampar o frasco;
14. Recolher o material utilizado;
15. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;
17. Encaminhar o frasco, ao laboratório, imediatamente ou refrigerá-la (4°C) até 4 horas.

PACIENTE COM SONDA VESICAL DE FOLEY:

18. Repetir as ações de 01 a 07;
19. Clampear a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção até 30 min;
20. Realizar a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%;
21. Introduzir a agulha de 30 mm x 7 mm, aspirar com seringa, injetar no frasco estéril e tampá-lo;
22. Repetir as ações de 14 a 16.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. A coleta de urina deve seguir técnica rigorosa, evitando importante contaminação da urina com microbiota da genitália.
2. O ideal é a coleta da primeira urina da manhã e, se isto não for possível, realize a coleta no mínimo 2 a 3 h após a última micção.

Não utilizar solução antisséptica para a higienização da região íntima do paciente.

POP 18 - COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BINGO/PAPAGAIO

1 - FINALIDADE:

Colocar o papagaio/bingo a fim de que o paciente possa satisfazer suas necessidades fisiológicas, quando impossibilitado de levantar-se.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

Bingo, luvas de procedimento; máscara descartável.

5- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Equipe de Enfermagem

1. Entregar o “papagaio” para que o paciente coloque, caso tenha condições, ou colocá-lo em paciente que não possa segurá-lo, apoiando de maneira que não molhe a cama;
2. Deixar o paciente confortável, coberto, retirando-se para que fique à vontade;
3. Estar atento para retirar o “papagaio” quando acabar de urinar;
4. Ao desprezar a diurese, verificar o conteúdo quanto a sua característica e volume.

Periodicidade

Sempre que se fizer necessário para pacientes com impossibilidade de levantar-se.

6 - RECOMENDAÇÕES:

Caso o paciente esteja com controle de diurese ou Balanço Hídrico, deve-se anotar em impresso próprio o volume e características da urina.

POP 19 – COLOCAÇÃO E RETIRADA DE COMADRE / APARADEIRA

1 - FINALIDADE:

Colocar a comadre a fim de que o paciente possa satisfazer suas necessidades fisiológicas, quando impossibilitado de levantar-se.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

Bandeja, papel higiênico, papel toalha, recipiente com água morna, sabão líquido.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

Com Auxílio do Paciente:

1. Cobrir a comadre com papel toalha ou papel higiênico;
2. Solicitar ao paciente para ficar em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e os pés sobre a cama, “empurrando” a cama com os pés o paciente levanta as nádegas, deslocando-o do leito;
3. Colocar um dos braços sob a região lombar ajudando-o a levantar as nádegas e com a outra mão coloque a comadre sob ele;
4. Se o paciente não tiver condições de fazer a sua higiene limpar e/ou secar após qualquer eliminação. Fazer higiene com água morna e sabão líquido;
5. Ao desprezar as eliminações, verificar o conteúdo quanto à sua característica.

Sem Auxílio do Paciente:

1. Cobrir a comadre com papel toalha ou papel higiênico;
2. Virar o paciente de lado, ajustar a comadre nas nádegas, virando-o sobre a mesma;
3. Limpar e/ou secar após qualquer eliminação. Após evacuação, fazer higiene com água morna e sabão líquido;
4. Ao retirar a comadre proceder da mesma maneira: virar para o lado, retirar a comadre e colocar novamente o paciente na posição desejada.

Periodicidade

De acordo com a necessidade de higienização do paciente com possibilidade de levantar-se sozinho.

6 - RECOMENDAÇÕES

Tratando-se de paciente subnutrido ou caquético, deve-se acolchoar bem a comadre para evitar lesões de pele (sacral).

POP 20 – CONFERÊNCIA DE CARRINHO DE PARADA

1- FINALIDADE:

Garantir o correto abastecimento dos materiais/ medicamentos nos carros de emergência da instituição, visando o pronto atendimento adequado aos pacientes em situações de emergência.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Emergência, enfermaria, centro cirúrgico e UTI.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4- MATERIAL:

Check list.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

Conferência Mensal:

Mensalmente, todos os carros de emergência da instituição são conferidos pelo setor de farmácia e enfermagem (até o dia 10 de cada mês), com o intuito de conferir quantidade, data de validade*, lote (visando a rastreabilidade do produto) e lacres (controle de abertura dos carros).

* A data de validade dos itens pertencentes aos carros de emergência deve ser maior ou igual a 6 meses, a contar da data da conferência. Todos os itens presentes no carro com data de validade inferior a 6 meses deverão ser substituídos/repostos. Caso haja necessidade de reposição de determinado item cujo farmácia/ almoxarifado não o tenha com data de validade superior a preconizada, o mesmo deverá ser repostado com a maior data de validade encontrada e substituído na próxima conferência ou assim que disponibilizado o item com validade superior a preconizada.

Conferência Após Abertura:

Após a abertura e utilização de determinado item pertencente ao carro de emergência, o enfermeiro responsável pelo posto/setor deverá solicitar a reposição dos itens utilizados à Farmácia Central, em requisição manual (Requisição ao almoxarifado). O auxiliar de farmácia deverá separar os itens solicitados (com validade superior a preconizada e unitarizada conforme protocolo FARMPO 01 – CENTRAL DE FRACIONAMENTO), pegar dois lacres (um na cor VERMELHA e outro na cor AZUL) e se dirigir ao posto/ setor solicitante. No posto/ setor, o auxiliar de farmácia deverá entregar o lacre vermelho ao enfermeiro e realizar a conferência dos medicamentos (gaveta 1), após esta, fechar com lacre azul e informar o enfermeiro o término.

* Plantão noturno: o auxiliar de farmácia deverá separar os medicamentos e materiais requisitados e entregar para a enfermagem ainda na porta da farmácia, juntamente com o lacre azul. No dia seguinte, o auxiliar de farmácia do plantão diurno fará a conferência correta deste carro.

Periodicidade

Mensal e após abertura do carrinho.

6 – RECOMENDAÇÕES:

Equipe de Enfermagem: Anotar corretamente os itens e quantidades utilizadas, para correta requisição de reposição dos mesmos à Farmácia Central;

Enfermeiro: Requisitar, em impresso correto, a reposição de todos os itens pertencentes ao carro de emergência; após o abastecimento do mesmo, realizar a conferência e fechamento;

Auxiliar de farmácia: Efetuar o correto atendimento das requisições de reposição, atentando-se para a data de validade de cada item; realizar o abastecimento e conferência da gaveta 01 de medicamentos; efetuar o fechamento do carro com o lacre provisório (azul), sinalizar o enfermeiro após a conferência da farmácia.

POP 21 - AFERIÇÃO DA GLICEMIA

1 - FINALIDADE:

Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Internação/Enfermarias, unidade de terapia intensiva e pronto atendimento.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Punção desnecessária no paciente;

Quantidade insuficiente de material;

Hematoma, equimose e dor.

5 - MATERIAL:

Frasco com fitas reagentes, glicosímetro, luva de procedimento, lanceta, algodão, álcool 70%.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Orientar paciente/acompanhante como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração;
4. Conectar a tira reagente no glicosímetro (ou após contato com sangue a depender do aparelho);
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Lavar as mãos do paciente com água e sabão. Enxaguar bem e secar completamente ou fazer antisepsia local com algodão embebido em álcool 70%, deixar secar completamente antes de iniciar o teste;

7. Puncionar a face lateral da polpa digital, com a lanceta, sem ordenhar o local da punção;
8. Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la a tira reagente até a sucção;
9. Realizar leve compressão no local puncionado com bola de algodão seca;
10. Aguardar resultado pelo glicosímetro;
11. Recolher todo o material e deixar o quarto em ordem, desprezar a fita e agulha em local apropriado;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Registrar o valor obtido na folha de controle do paciente;
14. Checar o procedimento;
15. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Os resultados com as fitas reagentes são lidos em mg/dl;
2. Caso obtenha resultados duvidosos:
 - a. Confirmar se o produto está dentro do prazo de validade impresso no rótulo e se não está em uso a mais de quatro meses desde que se abriu a primeira vez o frasco;
 - b. Verificar se o número do “chip” é idêntico ao número do lote da fita utilizada;
 - c. Avisar o resultado ao médico, caso esteja alterado;
3. Anotar no rótulo das fitas a data do primeiro dia de abertura do frasco e utilizar as tiras dentro dos quatro meses seguintes. Após o vencimento, descarte-as e utilize as tiras de um novo frasco;
4. Cumprir rodízio dos locais de punção.

Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

POP 22 - AFERIÇÃO DA RESPIRAÇÃO

1 – FINALIDADE:

Verificar as características dos movimentos respiratórios.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem;

Equipe Médica.

4 - MATERIAL:

Relógio com ponteiro de segundos, caneta; registro de Enfermagem.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Equipe Médica

1. Posicionar o braço do paciente sobre a parte inferior do tórax;
2. Colocar os dedos sobre a artéria radial, como se fosse verificar o pulso;
3. Tendo em vista que os movimentos respiratórios estão parcialmente sujeitos a controle voluntário, o paciente não deve perceber que os mesmos estão sendo contados;
4. Observar os movimentos respiratórios e contá-los durante um minuto;
5. Observar demais características da respiração e estado geral do paciente.

Periodicidade

Sempre que se fizer necessário para verificação de condições clínicas de pacientes.

6 - RECOMENDAÇÕES:

Parâmetros:

1. Recém-nascido: 40 a 45 resp /min
2. Pré-escolar: 20 a 25 resp /min
3. Lactente: 25 a 35 resp /min
4. Escolar: 18 a 20 resp /min
5. Adulto: 12 a 16 resp /min

Termos Técnicos:

1. Bradipneia: diminuição da frequência respiratória;
2. Taquipneia: aumento da frequência respiratória;
3. Normal: Eupneia;
4. Cheyne-Stokes: caracteriza-se por uma fase de apneia de duração variável, seguida de uma série de respirações que vão progressivamente aumentando de amplitude e frequência para logo voltar a decrescer até nova fase apnéica e assim periódica e sucessivamente;
5. Kussmaul: consiste em uma inspiração profunda e ruidosa, seguida de uma pausa com os pulmões cheios e de uma expiração ruidosa e rápida, seguida de uma pausa, reiniciando então o ciclo;
6. Biot: consiste em pausas apnéicas alternadas com respirações normais;
7. Apneia: ausência de respiração;
8. Dispneia: dificuldade de respirar;
9. Ortopneia: respiração facilitada na posição sentada;
10. Taquidispneia: frequência acima do normal com dificuldade respiratória.

POP 23 - AFERIÇÃO DE PULSO

1 - FINALIDADE:

Avaliar as condições clínicas do paciente através do ritmo dos batimentos cardíacos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE

Enfermeiro e técnicos de enfermagem;

Equipe Médica.

4 - MATERIAL:

Relógio com ponteiro de segundos, estetoscópio para pulsação apical / radial, registro de Enfermagem e caneta.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Equipe Médica

1. Sentar ou deitar o paciente confortavelmente com o braço fletido e apoiado sobre a região diafragmática ou ao longo do corpo. Explicar o procedimento e solicitar que não converse durante o mesmo.
2. Aplicar leve pressão com as pontas dos dedos indicador, mediano e anular na artéria alvo, até sentir a onda de pulso.
3. Olhar para o relógio e contar por um minuto o número de pulsações sentidas e demais características do pulso.
4. Proceder à anotação e comunicar as intercorrências.

Periodicidade

Sempre que se fizer necessário para verificação de condições clínicas de pacientes.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Verificar as características do ritmo, frequência e volume;
2. Identificar anormalidades;
3. Frequência cardíaca ou pulso normal:
 - Bebês de menos de 1 ano: 100 a 160 batimentos/min.
 - Crianças de 1 a 10 anos: 70 a 120 batimentos/min.
 - Criança de mais de 10 anos e adultos: 60 a 100 batimentos/min.
 - Adultos: 60 a 100 batimentos/min.
 - Atletas bem treinados: 40 a 60 batimentos/min.
4. Alterações da frequência do pulso:
 - Bradicardia: batimentos cardíacos abaixo do normal;
 - Taquicardia: batimentos cardíacos acima do normal.
5. Quanto ao volume, o pulso pode ser: cheio, fraco, filiforme.
6. O pulso pode ser rítmico quando os batimentos são uniformes e separados por intervalos iguais. É arritmico quando os batimentos são separados por intervalos desiguais.
7. Fatores que aumentam o índice de pulsação: esforço físico e distúrbios emocionais – ansiedade, nervosismo e emoção.
8. Outros locais para verificação do pulso nas artérias: temporal, carótida, femural, pediosa, braquial e poplítea.

POP 24 - CUIDADO AO PACIENTE COM PEDICULOSE

1 – FINALIDADE:

São os cuidados da afecção do couro cabeludo e outras áreas pilosas pelo piolho.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Luva de procedimento; toalha, cuba rim, gaze; touca descartável; roupa de cama, medicamento prescrito; bacia; bolas de algodão.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Reunir o material e levá-lo a unidade do paciente;
2. Explicar o paciente o que será feito;
3. Colocar a touca;
4. Calçar as luvas;
5. Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão;
6. Diluir a medicação na cuba rim;
7. Dividir o cabelo em mechas e aplicar a solução friccionando o couro cabeludo com gaze;
8. Deixar o medicamento agir conforme prescrição médica;
9. Após o tempo necessário, lavar o cabelo do paciente;
10. Enxugar o cabelo;
11. Trocar a roupa de cama;
12. Recolher o material e deixar a unidade em ordem.

Periodicidade

Sempre que houver necessidade desse tipo de cuidado para pacientes com pediculose.

POP 25 - CURATIVO DE CATETERES, INTRODUTORES E FIXADORES EXTERNOS

1 - FINALIDADE:

Consiste na limpeza e aplicação de cobertura estéril em uma ferida, promovendo proteção, rápida cicatrização e prevenindo contaminação exógena.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

4 - MATERIAL:

01 Pacote de curativo estéril, gazes estéreis, esparadrapo comum ou antialérgico, saco plástico para resíduos infectantes, soro fisiológico, luvas de procedimento, luva estéril, biombo.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos com solução antisséptica;
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente;
3. Explicar ao paciente o que será feito;
4. Proteger o paciente com biombo, se necessário;
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
7. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
8. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
9. Umedecer o curativo anterior com SF 0,9% para facilitar a retirada;
10. Remover o curativo anterior com a pinça dente de rato, desprezando-o no saco plástico branco para resíduos infectantes e a pinça na borda do campo;

11. Montar a pinça “Kelly” com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9%;
12. Limpar o local de inserção do cateter, utilizando movimentos semicirculares e as duas faces da gaze;
13. Limpar a região ao redor do ponto de inserção com SF 0,9%;
14. Secar a região do ponto de inserção e a seguir ao redor do mesmo, utilizando uma gaze para cada local;
15. Aplicar a solução antisséptica no ponto de inserção em direção ao cateter e posteriormente na região ao redor do ponto de inserção;
16. Colocar uma gaze ao redor do local de inserção do cateter e fixá-la com esparadrapo / micropore ou ocluir com curativo transparente semi-permeável;
17. Colocar o nome, data e horário sobre o curativo;
18. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
19. Lavar as mãos;
20. Registrar na evolução de enfermagem.

Periodicidade

De acordo com a prescrição médica para o paciente.

6 – RECOMENDAÇÕES:

1. Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, utilizando água e sabão e após, álcool a 70%;
2. Proteger os cateteres durante o banho;
3. Trocar o curativo com gaze a cada 48 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto;
4. Trocar os curativos transparentes semi-permeáveis de acordo com a orientação do fabricante ou sempre que necessário;
5. Registrar as características do local de inserção do cateter.

POP 26 - CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES

1 - FINALIDADE:

Manter integridade da pele livre de contaminação, proporcionando cicatrização eficaz.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Alergia a fita adesiva escolhida (micropore ou esparadrapo);
2. Prurido ao redor da ferida;
3. Rompimento de pontos (sutura);
4. Contaminação na execução do procedimento.

5 - MATERIAL:

Saco plástico, pacote de curativo, gaze estéril, fita adesiva, soro fisiológico 0,9%, luvas de procedimento, máscara descartável.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1ª etapa: Remoção do curativo anterior:

1. Reunir todo material e levar para o quarto;
2. Colocar máscara e higienizar as mãos;
3. Explicar procedimento ao paciente;
4. Colocar o paciente em posição adequada;
5. Abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
6. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
7. Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato ao longo do eixo longitudinal da incisão, apoiando com a outra mão para manter afastada a pele da fita;
10. Desprezar o curativo no saco plástico;

11. Observar a incisão quanto às características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão;
12. Separar a pinça dente de rato.

2ª etapa: Limpeza da incisão cirúrgica:

13. Dobrar a gaze com auxílio das pinças Kelly e anatômica;
14. Umedecer a gaze com SF 0,9%;
15. Realizar com auxílio da pinça Kelly a limpeza da incisão cirúrgica em sentido único, utilizando as duas faces da gaze (sem movimentos de vaivém), trocando as gazes sempre que necessário;
16. Limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica, retirando as marcas do antigo adesivo;
17. Secar a incisão com gaze em sentido único;
18. Desprezar as gazes utilizadas em saco plástico;

3ª etapa: Proteção da incisão cirúrgica:

19. Ocluir a incisão com gazes dobradas ao meio e fixar com fita adesiva;
20. Retirar as luvas de procedimento;
21. Posicionar o paciente confortavelmente;
22. Higienizar as mãos;
23. Checar o procedimento;
24. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 – RECOMENDAÇÕES:

1. Restringir a área de cobertura da incisão (gaze e fita adesiva) a menor possível;
 2. Proceder a desinfecção da bandeja ou da mesa auxiliar, com solução de álcool 70%;
 3. Após cada curativo, encaminhar o material utilizado ao expurgo da unidade;
 4. Se a incisão estiver seca no período de 24 a 48 horas, não há necessidade de oclusão, pois já se formou a rede de fibrina protetora impossibilitando a entrada de micro-organismos, e esta pode ser lavada com água corrente e espuma de sabão durante o banho;
 5. Realizar o curativo sempre após a higiene corporal;
- A cobertura da incisão pode ser realizada de forma convencional (gaze e fita adesiva hipoalergênica), película transparente ou película pós-operatório.

POP 27 - CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA COM DEISCÊNCIA E/OU SAÍDA DE SECREÇÃO

1- FINALIDADE:

Recuperar integridade local, diminuindo secreções infectantes e proporcionar conforto ao paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Alergia a fita adesiva escolhida (micropore ou esparadrapo);
2. Prurido ao redor da ferida;
3. Rompimento de pontos (sutura);
4. Contaminação na execução do procedimento.

5 - MATERIAL:

Gaze, máscara, luvas de procedimento, pacote de curativo, SF 0,9%, fita adesiva ou adesivo impermeável, saco plástico para lixo, seringa 20ml, agulha 40x12.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1ª etapa: Remoção do curativo anterior:

1. Colocar máscara e higienizar as mãos;
2. Reunir todo material e levar até o paciente;
3. Explicar procedimento ao paciente;
4. Colocar o paciente em posição adequada;
5. Abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
6. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
7. Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato;
10. Desprezar o curativo no saco plástico;

11. Observar a incisão quanto as características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão;

12. Separar a pinça dente de rato.

2ª etapa: Limpeza da incisão cirúrgica:

13. Fazer expressão do local até cessar ou diminuir a saída de exudato;

14. Realizar irrigação com solução fisiológica 0,9%, utilizando seringa de 20ml e agulha 40X12 ou frasco de SF 0,9% perfurado com agulha 40X12. Se necessário, remover exsudatos e/ou fibrina e/ou restos celulares da lesão;

15. Secar a região perilesional.

3ª etapa: Proteção da incisão cirúrgica:

16. Aplicar no leito da ferida a cobertura indicada;

17. Colocar a cobertura secundária e fixar com fita adesiva, se necessário;

18. Posicionar o paciente confortavelmente;

19. Fechar o saco plástico utilizado para desprezar o material sujo;

20. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

21. Checar o procedimento;

22. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 – RECOMENDAÇÕES:

1. As feridas com drenos devem ficar ocluídas e, sempre que ficarem úmidas, o curativo precisa ser trocado;

2. Os drenos de Penrose são bastante utilizados com o objetivo de drenar secreções contidas e auxiliar no processo de cicatrização. A exteriorização ou retirada deste dreno deverá ser orientada pelo cirurgião. O curativo do dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da incisão, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade;

3. O material retirado não pode ser jogado no lixo do quarto, mesmo que seja considerado limpo;

4. Para fazer curativos, pode-se utilizar o carro de curativo, mas ele precisa ser limpo com álcool 70% após cada curativo. O saco de lixo deve ser trocado a cada procedimento, e o carro só deve conter o material para um curativo por vez;

5. A utilização de luvas de procedimento é indicada para proteger o profissional no manuseio do curativo;

Ao final do curativo, na fita adesiva, a data da troca do curativo.

POP 28 - CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

1- FINALIDADE:

Prevenção de infecções e saída acidental.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e Unidade de Tratamento Intensivo.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Tração acidental do cateter;
Contaminação na execução do procedimento;
Perda da permeabilidade do cateter por dobra.

5 - MATERIAL:

Bandeja, pacote de curativo, gazes, clorexidina alcoólica 0,5%, álcool 70% ou PVPI tópico, luva de procedimento, máscara, película transparente, adesivo hipoalergênico e luvas estéreis (se necessário).

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir a prescrição e reunir o material necessário;
2. Orientar o paciente e a família sobre o procedimento;
3. Colocar máscara;
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com o rosto voltado para o lado oposto ao que está o cateter;
5. Higienização das mãos e colocar luvas de procedimento;
6. Abrir o pacote de curativo;
7. Retirar curativo anterior, com pinça dente de rato ou com as mãos enluvasadas, de forma cautelosa, fazer expressão na inserção;
8. Umedecer a gaze com solução antisséptica e, com o auxílio de pinça aplicá-la na área mais próxima do cateter em movimentos circulares no sentido de dentro para fora (repetir o procedimento pelo menos três vezes);

9. Proteger a inserção do cateter com gaze estéril;
10. Com auxílio de uma pinça, umedecer gaze em solução antisséptica e aplicar na pele ao redor do cateter a partir da periferia da área anteriormente tratada. Executar movimentos circulares cada vez mais amplos, sem nunca retornar com a mesma gaze ao local já aplicado;
11. Limpar uma área de aproximadamente 10 cm de diâmetro. Repetir o procedimento pelo menos três vezes;
12. Com uma gaze embebida de solução antisséptica, limpar toda a extensão do cateter, com movimentos da proximal para distal, repetindo o movimento se necessário;
13. Depois que a solução secou, cubra o local com um curativo de gaze ou semipermeável transparente. Anote data e hora do curativo;
14. Retirar o material e levar ao expurgo;
15. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
16. Checar o procedimento;
17. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Utilizar SF 0,9% para limpeza local, quando houver lesão de pele;
2. A inspeção e expressão da inserção do cateter devem ser feita diariamente, atentando-se para o aspecto da pele ao redor, pois algumas vezes pode apresentar-se alterada (hiperemia ou lesão) devido a processos alérgicos ou trocas frequentes de curativos;
3. Nas primeiras 24 horas, o curativo deverá ser realizado com gaze e adesivo;
4. Não utilizar película se houver exudato no ponto de inserção, neste caso, realizar curativo com gaze e adesivo;
5. A retirada do curativo anterior deve ocorrer de maneira cautelosa, a fim de não lesar a pele e não exteriorizar o cateter;
6. O cateter deve estar afixado com pontos e coberto com um pequeno curativo, sem muito micropore ou esparadrapo, para evitar contaminação;
O curativo deve ser trocado sempre que houver sinais de umidade ou presença de sujidade.

POP 29 - ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL PARA EXAME (BIOLÓGICO)

1 - FINALIDADE:

Encaminhar amostra de fezes, urina, escarro, ponta de cateter, entre outros para exames diagnósticos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Livro de protocolo, bandeja, luvas de procedimento, solicitação de exame, frasco coletor.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Verificar o pedido de exame;
2. Verificar se a coleta foi realizada;
3. Calçar luvas;
4. Verificar o rótulo de identificação do frasco;
5. Encaminhar o (s) exame (s) ao laboratório em bandeja;
6. Protocolar e recolher a assinatura de quem recebeu a amostra;
7. Retornar para a unidade;
8. Retirar as luvas e lavar as mãos;
9. Anotar dados da coleta do exame no registro de enfermagem.

Periodicidade:

Sempre que houver prescrição pelo Médico para a realização de exames laboratoriais.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Deve constar no rótulo de identificação do frasco: nome completo do paciente, número do leito, clínica, número da amostra (Ex: 1, 2 ou 3 amostras), data e horário;
2. Registrar as características do material coletado (Ex: presença de pus, sangue, entre outros);
3. Utilizar frasco estéril para coleta de culturas como: (Ponta de cateter, urocultura, coprocultura e escarro);
4. Para os demais exames utilizar frasco descartável não estéril;
5. Nunca deixe os frascos com amostras de exames nas bancadas dos postos de enfermagem;
6. Encaminhar as amostras no máximo até as 09:30h, exceto em casos específicos.

POP 30 - HIGIENE ORAL

1- FINALIDADE:

Consiste no auxílio à limpeza da cavidade oral, dentes e língua do paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Escova de dentes, creme dental, ou antisséptico oral, copo plástico descartável, espátula, gaze simples não estéril, toalha.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. PACIENTES INDEPENDENTES

1.1. Orientar e estimular a higiene oral.

2. PACIENTES PARCIALMENTE DEPENDENTES

2.1. Elevar a cabeceira da cama e colocar a toalha sobre o tórax do paciente;

2.2. Solicitar que o paciente proceda à higiene, oferecer solução antisséptica oral e auxiliá-lo sempre que necessário.

3. PACIENTES DEPENDENTES

3.1. Elevar a cabeceira da cama e colocar a toalha sobre o tórax do paciente;

3.2. Montar espátulas com gaze umedecê-las, na solução antisséptica e proceder a limpeza dos dentes, língua e bochechas.

4. CUIDADOS COM A PRÓTESE DENTÁRIA

4.1. Paciente inconsciente: retirar a prótese e guardá-la após a limpeza e/ou entregá-la aos familiares;

4.2. Paciente consciente: orientar e estimular a higiene da prótese;

4.3. Paciente impossibilitado de realizar a limpeza da prótese: retirar a prótese com o auxílio de uma gaze e lavá-la com escova, creme dental e água corrente. Proceder à higiene oral e observando as condições da gengiva.

Periodicidade:

Diariamente

6 - RECOMENDAÇÕES:

Em casos de pacientes inconscientes, ao realizar a higiene oral, ter em mãos o aspirador para remover o excesso de líquidos na cavidade oral.

POP 31 - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

1 - FINALIDADE:

Prevenção e redução da transmissão de micro-organismos entre profissionais e pacientes.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva e demais setores.

3 - RESPONSABILIDADE:

Todos os profissionais de saúde.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Descamação, ressecamento, alergia e fissuras na pele das mãos.

5 - MATERIAL:

Sabão líquido /clorhexidina e papel toalha.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Retirar anéis, pulseiras e relógio;
2. Arregaçar as mangas até altura do cotovelo;
3. Abrir a torneira sem encostar-se a pia;
4. Olhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos;
5. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
6. Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
 - palma contra palma;
 - palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos;
 - palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos;

- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
 - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
 - rotação dos polegares direito e esquerdo;
 - friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
 - esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
7. Enxaguar as mãos sem encostá-las na pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos;
 8. Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
 9. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. As mãos devem ser lavadas: antes de iniciar qualquer procedimento com o paciente e após o mesmo; quando for manusear medicamento e alimentos; após assuar o nariz; após o contato com materiais ou superfícies contaminadas; antes e após uso do banheiro e sempre que terminar o trabalho;
2. Em áreas críticas, seguir a recomendação da CCIH com relação ao uso de sabão ou antisséptico e uso de álcool glicerinado ou álcool gel após a lavagem das mãos;
3. Retirar sempre anéis e pulseiras antes de cuidar dos pacientes;
4. Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.

Evite espirrar água em si própria ou no assoalho, pois, os micro-organismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas, e assoalhos escorregadios são perigosos.

POP 32 - LAVAGEM DE CABEÇA

1 - FINALIDADE:

É a limpeza do cabelo e couro cabeludo, proporcionando conforto ao paciente e estimulando a circulação do couro cabeludo.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Sabão líquido ou shampoo, condicionador, jarra com água morna, bacia, toalha impermeável, pente, algodão.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Reunir o material e levá-lo a unidade do paciente;
2. Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
3. Colocar o impermeável para proteger a roupa de cama e /ou travesseiro;
4. Proteger os ouvidos com bolas de algodão;
5. Colocar a bacia sob a cabeça do paciente;
6. Umedecer os cabelos com a água morna da jarra ensaboá-los, e massageá-los com as pontas dos dedos;
7. Enxaguar os cabelos até retirar toda a espuma;
8. Enxugar os cabelos com o auxílio da toalha e pentear;
9. Retirar a bacia, desprezar a água e recompor a unidade;
10. Retirar as bolas de algodão dos ouvidos e desprezá-las;
11. Registrar o procedimento no prontuário.

Periodicidade

Lavar o couro cabeludo do paciente pelo menos 02 vezes por semana.

POP 33 - LAVAGEM GÁSTRICA

1 - FINALIDADE:

A retirada urgente de substância ingerida a fim de reduzir a absorção sistêmica; Administrar medicamentos, como carvão ativado, em alguns casos de intoxicação exógena, e a solução salina gelada, como método de resfriamento em situações de hipertermia maligna. Tratar uma obstrução ou um local de sangramento. Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4- RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Pneumonia aspirativa;
2. Laringoespasma e lesões traumáticas da orofaringe, esôfago e/ou estômago;
3. Desequilíbrio hídrico (intoxicação hídrica e hiponatremia) e desequilíbrio eletrolítico (hipernatremia).

5 - MATERIAL:

Sonda nasogástrica Levine de grosso calibre, gel hidrossolúvel, luvas de procedimento, seringa de 20ml com bico estetoscópio, micropore e sistema de drenagem gástrica.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos e colocar máscara;
2. Conferir prescrição médica e reunir o material;
3. Orientar paciente e família sobre o procedimento;
4. Isolar a cama com um biombo;
5. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de próteses dentárias;

8. Colocar toalha ou papel-toalha sobre tórax do paciente;
9. Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
10. Medir a sonda a partir da narina, estendendo até o lóbulo da orelha e descendo em diagonal até o apêndice xifoide, acrescentando a medida de dois dedos;
11. Realizar a marcação do posicionamento ideal na sonda com micropore;
12. Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
13. Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
14. Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
15. Continuar introduzindo a sonda acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
16. Realizar a fixação da sonda com micropore na narina do Paciente;
17. Injetar ar com uma seringa de 20ml e auscultar concomitantemente o epigástrico do paciente;
18. Aspirar o conteúdo gástrico;
19. Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno, até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
20. Drenar o volume infundido em sistema de drenagem;
21. Aspirar o volume e/ou ordenhar a sonda, se necessário;
22. Retirar a sonda e recolher material;
23. Higienizar as mãos;
24. Deixar o paciente confortável;
25. Realizar anotações de enfermagem pertinente à passagem da sonda, volume e aspecto do líquido drenado em prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia;
2. Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido;
3. Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.

Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode deprimir a frequência cardíaca do paciente.

POP 34 - LAVAGEM INTESTINAL

1 - FINALIDADE:

É a introdução de uma sonda retal, a fim de auxiliar na remoção de conteúdo fecal da ampola retal e cólon descendente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Risco para perfuração anal e diarreia.

5 - MATERIAL:

Bandeja, sonda retal, enema glicerinado, luva de procedimento, cuba-rim, gases, gel hidrossolúvel, papel higiênico, impermeável, comadre, biombo, toalha de banho, suporte de soro, máscara.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conferir prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Separar a bolsa de enema com a solução e o cateter retal apropriado;
4. Adaptar o equipo de soro ao frasco da solução a ser utilizada;
5. Preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo;
6. Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;
7. Explicar o procedimento ao paciente;
8. Isolar o leito com biombo;
9. Forrar o leito com o impermeável;
10. Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa sem travesseiro;
11. Cobrir o paciente com a toalha de banho, expondo apenas a área retal, visualizando claramente o ânus;

12. Administrar o enema:

A. Bolsa/frasco de enema:

- Pendurar o frasco da solução no suporte de soro;
- Conectar o equipo da solução à sonda retal preenchendo-a com a solução e pinçar o equipo;
- Lubrificar a sonda retal;
- Gentilmente separar as nádegas e localizar o ânus. Instruir o paciente a relaxar respirando vagarosamente pela boca;
- Introduzir suavemente a sonda retal, apontando a extremidade na direção do umbigo;
- Instilar gradualmente a solução;
- Interromper a administração por um breve período, caso ocorra espasmo;
- Pinçar o equipo depois que toda solução for instilada.

B. Bisnaga de fleet enema:

- Remover a tampa plástica da extremidade que introduz no reto e lubrificá-la;
- Gentilmente separe as nádegas e localize o reto. Instruir o paciente a relaxar expirando o ar pela boca;
- Inserir a extremidade do frasco delicadamente no reto (ver recomendações);
- Comprimir o conteúdo da bisnaga e solicitar ao paciente que respire profundamente quando tiver desejo de evacuar;
- Retirar a sonda retal ao término da infusão do líquido;
- Pedir ao paciente que retenha o líquido o máximo possível;
- Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou oferecer a comadre, elevando a cabeceira do leito;
- Ajudar o paciente na higiene, se necessário, e deixá-lo confortável;
- Deixar o ambiente em ordem e limpo;
- Encaminhar todo o material permanente ao expurgo;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento;
- Realizar as anotações de enfermagem, anotando aspecto das eliminações.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Se houver resistência ao introduzir a sonda, avisar a enfermeira ou ao médico de plantão;
2. Observar e anotar o aspecto do retorno intestinal, devendo estar atento a presença de sangue;
3. Os números de sonda retais habitualmente utilizados são 20 ou 22;
4. Alertá-lo sob o desconforto momentâneo durante a introdução do líquido e a importância deste permanecer pelo menos 10 minutos na cavidade para que seu desempenho seja efetivo;
5. Orientar ao paciente que, se utilizar o vaso sanitário, o mesmo não dê descarga até a vistoria do profissional de enfermagem (cor, aspecto, consistência, odor);
6. O comprimento de inserção da sonda no reto é variável:
 - *Adulto: 7,5 a 10cm Criança:5 a 7,5cm*
 - *Lactentes:2,5 a 3,75cm*

Recomenda-se a utilização de solução morna ou a temperatura ambiente.

POP 35 - LAVAGEM VESICAL

1 – FINALIDADE:

É a lavagem da sonda vesical quando a mesma está obstruída por sangue, pus, secreção ou grumos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Seringa 50 ml urológica estéril, frasco de água destilada 250ml, luvas estéreis, cuba rim estéril, gazes estéreis, cuba rim não estéril, álcool a 70%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos e reunir o material;
2. Levar o material até a unidade do paciente;
3. Explicar ao paciente o que será feito;
4. Fazer a desinfecção da ponta terminal da sonda e da ponta inicial do sistema coletor de diurese, com álcool a 70%;
5. Abrir o campo de seringa urológica;
6. Colocar água destilada na cuba rim estéril;
7. Calçar luva estéril;
8. Aspirar a água destilada da cuba rim com a seringa urológica e retirar o ar;
9. Desconectar a sonda do sistema coletor com a ajuda de uma segunda pessoa, que ficará segurando o sistema com cuidado para não contaminar;
10. Introduzir a seringa na sonda e injetar a água destilada;
11. Aspirar ao conteúdo injetado;
12. Desprezar o conteúdo na outra cuba rim (não estéril);
13. Repetir a operação quantas vezes forem necessárias até desobstruir a sonda;
14. Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
15. Retirar as luvas;
16. Colocar a unidade em ordem;
17. Encaminhar o material utilizado para o expurgo;
18. Lavar as mãos;
19. Anotar no prontuário do paciente o resultado da lavagem.

Periodicidade

De acordo com a orientação médica.

6 - RECOMENDAÇÕES:

Comunicar o procedimento à equipe médica.

POP 36 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COLCHÕES HOSPITALARES

1 - FINALIDADE:

Realizar a limpeza e desinfecção de colchões hospitalares.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Executor de Serviços Básicos.

4 - MATERIAL:

Água, sabão líquido, compressas, luvas de procedimento, álcool a 70%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
2. Proceder a retirada de lençóis;
3. Iniciar a limpeza com água e sabão;
4. Secar o colchão;
5. Friccionar a superfície com álcool a 70% por 30 segundos.

Periodicidade

Semanalmente.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Após a alta ou na presença de matéria orgânica removê-la com papel toalha, e desprezá-la no recipiente de lixo hospitalar. Em seguida lavar com água e sabão, secar e friccionar álcool a 70% durante 30 segundos;
2. Para limpeza e desinfecção adequadas utilizar somente colchões que tenham revestimento impermeável;
3. Proceder à limpeza dos colchões de maca e de ar (plásticos) da mesma maneira que nos colchões hospitalares.

POP 37 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETRO

1 - FINALIDADE:

Realizar a limpeza e desinfecção de Esfigmomanômetro.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Enfermarias.

3 - RESPONSABILIDADE:

Executor de Serviços Básicos.

4 - MATERIAL

Álcool a 70%, compressa, luvas de procedimento.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Executor de Serviços Básicos.

1. De pano: o manguito deverá ser submetido à lavagem térmica, o que equivale à desinfecção de baixo nível. As demais peças devem ser limpas com fricção de álcool a 70% por 30 segundos;
2. De nylon: fricção de álcool a 70% por 30 segundos em todo o aparelho. Caso haja matéria orgânica, realizar a limpeza prévia com água e sabão.

Periodicidade

- Limpar sempre que apresentar sujeira visível;
- Desinfecção após contaminação com matéria orgânica e após o uso em pacientes em isolamento.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Atentar para a retirada de todas as peças do aparelho antes de encaminhar a braçadeira para a lavanderia;
2. Manter o aparelho identificado, em local seguro e na unidade;
3. Verificar se o aparelho está calibrado (caso não esteja, solicitar manutenção).

POP 38 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ESTETOSCÓPIO

1 – FINALIDADE:

Realizar a limpeza e desinfecção de Estetoscópio.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Enfermarias / Consultórios.

3 - RESPONSABILIDADE:

Executor de Serviços Básicos.

4 - MATERIAL:

Álcool a 70%, bolas de algodão, luvas de procedimento.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem / Executor de Serviços Básicos

1. Umedecer as bolas de algodão em álcool a 70%;
2. Proceder à limpeza realizando fricção nas olivas e extensão do Estetoscópio;
3. Armazenar em local apropriado conforme rotina da unidade.

Periodicidade

- Limpar sempre que apresentar sujeira visível;
- Desinfecção após contaminação com matéria orgânica e após o uso em pacientes em isolamento, recém-nascidos, pacientes imunodeprimidos ou com lesão de pele.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Em caso de contaminação com matéria orgânica, lavar e desinfetar;
2. Após o uso em recém-nascidos, pacientes em isolamento, imunodeprimidos ou com lesão de pele, deve ser desinfetado;
3. Ter cuidado com o equipamento ao realizar a limpeza ou desinfecção do aparelho.

POP 39 - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

1 - FINALIDADE:

Fazer a aferição dos indicadores que visam estimar a massa corporal total com finalidade diagnóstica e terapêutica. Os mais utilizados são: peso, altura, perímetro cefálico, torácico e abdominal.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos os setores que realizam assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Balança, papel toalha, fita métrica.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Encaminhar o paciente até a balança;
2. Aferir a balança e forrá-la com papel toalha no local onde o paciente permanecerá;
3. Solicitar ou auxiliar o paciente a retirar os sapatos e o excesso de roupa;
4. Posicionar o paciente no centro da balança, de modo ereto e imóvel, com as costas para a haste graduada em centímetros;
5. Iniciar a verificação movimentando o peso maiô que corresponde a medida em quilos e o peso menor que corresponde a medida em gramas;
6. Elevar a haste graduada em centímetros, com cuidado e colocá-la perpendicularmente sobre a cabeça do paciente, fazendo a leitura da altura em centímetro;
7. Solicitar ou auxiliar o paciente a descer da balança e a calçar os sapatos e colocar as roupas.

Periodicidade

De acordo com orientação médica.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Faça as medidas em uma sala termicamente confortável.
- Resultados Esperados:
 - Medir peso corporal;
 - Medir a altura do paciente.

POP 40 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1 - FINALIDADE:

Avaliar, registrar e monitorizar a condução elétrica do coração, fornecendo dados para a conduta terapêutica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Pronto atendimento e unidade de terapia intensiva e demais setores.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Reação alérgica no local do eletrodo.

Erros de leitura que podem ser causados por mal posicionamento ou contato entre os eletrodos e a pele.

5 - MATERIAL:

Aparelho de tricotomia (se necessário), gaze, pano seco, eletrodos, álcool a 70%, monitor cardíaco, cabo e fios de derivação.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Conectar o monitor na tomada e ligar;
2. Inserir o cabo de modo adequado ao monitor;
3. Fazer a conexão das derivações ao aparelho. Pode-se usar um sistema de 3 ou 5 derivações;
4. Higienizar as mãos;
5. Explicar o procedimento ao paciente e expor o tórax;
6. Em caso de necessidade, fazer tricotomia de uma área de cerca de 10 cm de diâmetro em torno do local de cada eletrodo;
7. Fazer higiene da área com compressa ou gaze com álcool a 70%;
8. Promover abrasão da área seca friccionando-a rapidamente até avermelhar;
9. Remover a cobertura do eletrodo com gel, certificando-se de que o gel está úmido e colocar os eletrodos no paciente, pressionando firmemente seguindo as recomendações de cor ou abreviatura grifadas nos mesmos;

10. Conectar os eletrodos ao cabo do monitor;
11. Verificar se todas as funções estão corretas;
12. Acionar a tecla correspondente à derivação desejada;
13. Deixar acionada a tecla de alarme do monitor, estabelecendo parâmetros máximos e mínimos;
14. Observar o traçado e o ritmo da frequência cardíaca do paciente;
15. Deixar o paciente confortável no leito;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Ao posicionar os eletrodos, evitar áreas com presença de curativos ou lesões, saliências ósseas, locais peludos, áreas de aplicação das placas do desfibrilador ou áreas para compressão torácicas;
2. Deve-se observar e ficar atento às mudanças do traçado. Neste caso, verificar se os eletrodos estão bem posicionados;
3. Inspeccione o gel dos eletrodos, verificando se está com umidade adequada. Se estiver seco, descarte o eletrodo e substitua-o;
4. Avalie a integridade da pele e reposicione os eletrodos de 24 em 24 horas ou conforme a necessidade;
5. Ao trocar os eletrodos, fazer limpeza da pele com água e sabão, removendo toda a pasta eletrolítica;
6. Quando soar o alarme do monitor, o enfermeiro deve avaliar o estado clínico do paciente, para verificar se o problema é uma arritmia verdadeira ou uma disfunção do sistema de monitorização.

Certifique-se de que todos os equipamentos elétricos e todas as tomadas estejam aterrados, para evitar choques elétricos e interferências. Do mesmo modo, assegure-se de que o cliente esteja limpo e seco, para evitar choques elétricos.

POP 41 - NORMAS BÁSICAS DE MEDICAÇÃO

1 - FINALIDADE:

É o conjunto de ações utilizadas para o preparo e administração de medicamentos ao paciente. Normatizar a administração de medicamentos pelas diversas vias de aplicação.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Considerações Gerais:

1. As drogas devem ser absolutamente estéreis e isentas de substâncias pirogênicas, porque o conteúdo sanguíneo é um meio excelente para o crescimento dos mais variados tipos de bactérias e vírus existentes. As partículas pirogênicas desencadeiam reações e rápidas e as vezes irreversíveis de caráter alérgico e febril;
2. As drogas devem apresentar pH dentro dos limites fisiológicos; a diferença acentuada de concentração pode causar nas células sanguíneas reações de destruição das mesmas através de hemólise e plasmólise, sendo que a diferença de viscosidade ocasiona acidentes de formação de trombose de paralisação circulatória. O diluente para qualquer medicação parenteral deve ser estéril e isotônico em relação ao sangue. Água destilada e soro fisiológico são os mais usados. O material autoclavado utilizado deve estar absolutamente seco; meios úmidos contaminam-se em pouco tempo após a esterilização;
3. A antisepsia do local de inserção da agulha é de fundamental importância e deve ser realizada com manobras firmes, em sentido único; é eficaz após deixar secar a substância utilizada;
4. Infecções locais ou gerais é também resultado da contaminação sistêmica pela introdução do conteúdo de focos infecciosos superficiais não removidos;

5. Retirar a seringa do invólucro e adaptar a agulha, certificando-se do funcionamento de ambos;
6. Agitar a ampola, com o objetivo de retirar o líquido da cabeça da mesma, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70% ou seco quando indicado pelo fabricante e quebrá-lo;
7. Manter a ampola entre os dedos indicadores e médios, com a abertura voltada para a palma da mão, em posição vertical. Com os demais dedos da mão na qual está a ampola, segurar o corpo da seringa de modo a deixar a outra mão livre para segurar a cabeça do êmbolo. À medida que se aspira o conteúdo, lenta e cuidadosamente, move-se a mão e o material, até que, terminada a aspiração, a seringa e a ampola estejam em posição horizontal;
8. Manter a haste da agulha dentro da ampola ou colocá-la dentro do protetor próprio;
9. Medicamentos em frascos deve-se retirar a tampa e limpar a borracha com algodão embebido em álcool. Introduzir o líquido da ampola no frasco, agitando-o com movimentos circulares e evitando a formação de espuma;
10. Aspirar ar com a seringa na mesma proporção do diluente e introduzi-lo no frasco, para facilitar a aspiração do conteúdo;
11. Usar uma agulha para aspirar ao medicamento e outra para administrar s/n;
12. Verificar as normas básicas para aplicação de medicamentos (verificar prescrição médica, observar medicamento: aspecto/ validade, lavagem das mãos);
13. Não administrar drogas via endovenosa, que contenham precipitados ou oleosos;
14. Somente administrar medicamentos prescritos;
15. Mudar o local de aplicação, evitando inflamação, infecção, dor, edema e hematoma;
16. Verificar as condições do material a ser utilizado (limpeza, esterilidade, condições do bisel da agulha) etc.;
17. Retirar totalmente as bolhas de ar, elevar a seringa na vertical e retirá-las;
18. Para retirar o ar do equipo, preencha lentamente o suspiro do equipo, eleve a ponta distal e abra a pinça rolete lentamente até preencher toda a extensão.

II. Preparo da Droga:

1. O posto de enfermagem deve ser um local tranquilo, com um mínimo de distrações;
2. Tenha sempre a mão a prescrição médica, contendo nome do paciente, data, droga, dose, via de administração, frequência e duração da droga, nome do médico e número de CRM ou carimbo.

III. Cinco Regras de Administração de Medicamentos

1. Paciente Certo:

- Cada paciente hospitalizado usa uma forma de identificação (número de registro, número do leito, número de atendimento);
- Conferir a prescrição médica com o nome do paciente e número do leito.

2. Medicamento Certo:

- Conferir o rótulo do medicamento com a prescrição médica.

3. Dose Certa:

- Verificar a dose prescrita, levando em conta a idade e o peso corporal do paciente. Caso a dose não lhe parecer adequada, procure esclarecimentos com o médico que prescreveu.

4. Via de administração Certa:

- Muitos medicamentos podem ser administrados de várias formas: via oral (VO), via intramuscular (IM), via endovenosa (EV), via subcutânea (SC), via intradérmica (ID), aplicação tópica ou via retal (VR), entre outras;
- O médico que prescreve deve determinar a via de administração.

5. Horário Certo:

- Os medicamentos são prescritos em horários específicos. Erros no horário de administração podem prejudicar o paciente;
- Em geral, se aceita que a medicação seja dada 30 minutos antes ou depois da hora marcada.

5 - RECOMENDAÇÕES:

Dúvidas quanto à prescrição, caligrafia, doses, horários e erros de administração devem ser imediatamente comunicados a equipe médica.

POP 42 - OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1 - FINALIDADE:

Fornecer a quantidade adequada de oxigênio através de um cateter nasal.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Ressecamento da mucosa nasal;

Lesão por pressão no lóbulo da orelha.

5 - MATERIAIS:

Cateter nasal, umidificador, extensão de látex, fluxômetro, água destilada, luva de procedimento, fonte de oxigênio.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Conferir a prescrição;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir todo o material e levar junto ao paciente;
4. Orientar o paciente e família sobre o procedimento;
5. Preencher o umidificador com água destilada até o nível máximo;
6. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do Fluxômetro;
7. Conectar a extensão de silicone do catéter no umidificador de oxigênio;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar a faixa elástica/cordão em torno da cabeça para prender o catéter firmemente, mas de maneira confortável;
10. Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica;
11. Checar o procedimento;
12. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. O uso de oxigênio por períodos prolongados, seja por cateter, ou por máscara facial, deve ser feito com prescrição médica;
2. A equipe de enfermagem deve observar os seguintes sinais em paciente que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações de pressão sanguínea, e rebaixamento do nível de consciência;
3. O oxigênio deve ser administrado sempre umidificado para prevenir o ressecamento das vias aéreas e das secreções;
4. Os umidificadores deverão ser trocados a cada 24 horas obrigatoriamente.

A água destilada, utilizada para umidificação, deverá ser trocada na sua totalidade e não apenas ser completada.

POP 43 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI

1 - FINALIDADE:

Melhorar a oxigenação através do fornecimento de concentrações de oxigênio (24 a 50%) precisas, seguras e controladas.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRITICOS:

Intoxicação por concentração elevada de O₂;
Ressecamento de córnea, mucosa oral;
Sensação de sufocamento;
Desconforto.

5 - MATERIAIS:

Bandeja, máscara, prolongamento de O₂, traqueia, fonte de oxigênio, fluxômetro, umidificador, água destilada, diluidores coloridos para diferentes concentrações (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%) e adaptador para nebulização.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir prescrição, reunir todo o material e levar junto ao paciente;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento;
4. Colocar o paciente em posição de “Fowler”;
5. Adaptar a máscara à traqueia e esta ao diluidor colorido, de acordo com a prescrição médica;
6. Ajustar o adaptador de nebulização ao diluidor colorido escolhido, mesmo que a nebulização não tenha sido prescrita;
7. Preencher o umidificador com água destilada estéril até o nível máximo;
8. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
9. Adaptar o sistema venturi ao umidificador e ajustar o fluxômetro de acordo com a prescrição médica;
10. Colocar a máscara de venturi sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente delicadamente, ajustando o elástico na parte posterior da cabeça;
11. Deixar o paciente em confortável;
12. Recolher o material;
13. Higienizar as mãos;
14. Checar o procedimento;
15. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. As máscaras de Venturi permitem que o fluxo de oxigênio penetre na máscara facial através de um orifício, misturando-o com o ar ambiente para fornecer uma concentração desejada. Estas Máscaras precisam estar bem ajustadas à face, para se obter o resultado desejado;
2. Em caso de insuficiência respiratória, deve-se preparar material para intubação endotraqueal. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão recuperando-se de anestesia ou em pacientes com traqueostomia recente, com o objetivo de fornecer aporte de oxigênio.
A água destilada, utilizada para umidificação, deverá ser trocada na sua totalidade e não apenas ser completada.

POP 44 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL

1 - FINALIDADE:

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Intoxicação por concentrações altas de oxigênio, ressecamento da córnea e mucosa oral, sensação de sufocamento, úlceras de pressão em face e orelhas, ressecamento de secreções devido a umidificação inadequada.

5 - MATERIAIS:

Traqueia ou extensão de látex, máscara, fluxômetro, água destilada, cadarço, fonte de oxigênio, umidificador.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Conferir a prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir todo o material e levar junto ao paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente/familiar;
5. Colocar o paciente em posição de Fowler;
6. Preencher o umidificador com água destilada estéril até o nível máximo;
7. Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
8. Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;
9. Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica, certificando-se de sua permeabilidade;

10. Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente delicadamente, se necessário colocar gaze entre a máscara e a face para garantir boa vedação;
11. Ajuste a faixa elástica em torno da cabeça para prender a máscara firmemente, mas de maneira confortável;
12. Observar o paciente por alguns minutos e verificar a pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória;
13. Manter o ambiente em ordem;
14. Higienizar as mãos;
15. Checar o procedimento;
16. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar preparado o material para intubação endotraqueal;
2. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão se recuperando de anestesia ou em paciente com traqueostomia recente;
3. As máscaras, traqueias e frascos de nebulização devem ser lavadas e colocadas em solução desinfetante. O sistema de nebulização deve ser trocado a cada 24 horas;
4. O oxigênio deve ser tratado como uma medicação, pois tem efeitos colaterais perigosos, como atelectasia ou toxicidade (Thompson, 2002);
5. O enfermeiro deverá checar rotineiramente as prescrições médicas e verificar se o paciente está recebendo a concentração de oxigênio prescrita;
6. Avisos de “inflamável” deverão ser colocados nas unidades, pois, o oxigênio é um gás altamente combustível. Embora não queime ou cause espontaneamente uma explosão, pode facilmente iniciar um incêndio se entrar em contato com uma faísca de chama aberta ou de equipamento elétrico.

As máscaras podem dar sensação de sufocação, e o paciente necessita de frequente atenção e tranquilização.

POP 45 - PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

1- FINALIDADE:

Adequar e posicionar o corpo antes que ocorra a rigidez cadavérica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Luvas de procedimento, algodão, kit de curativo (pinças), ataduras, lençol, compressas, jarra com água.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
3. Explicar o procedimento a família do paciente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Retirar sondas, soros, cateteres, drenos e demais dispositivos;
6. Iniciar o tamponamento do corpo (com o auxílio das pinças, introduzir bolas de algodão nos orifícios nasais, ouvido, boca e ânus). Exceto para os corpos que vão para o IML;
7. Realizar curativos S/N;
8. Limpar o corpo com compressas embebidas em água e secar;
9. Recolocar próteses dentárias se houver;
10. Usar atadura de crepe para fixação de mandíbula, unir e prender mãos e pés;
11. Colocar etiqueta de identificação no corpo; (nome completo, número do leito, clínica, data e horário);
12. Cobrir o corpo com lençol e transferi-lo para maca sem colchão;
13. Encaminhar o corpo ao necrotério;

14. Remover o corpo da maca para o balcão;
15. Retornar à unidade e realizar a desinfecção da maca;
16. Recompôr a unidade e registrar o óbito na evolução de enfermagem.

Periodicidade

A cada ocorrência de óbito.

6 - RECOMENDAÇÕES:

1. Solicitar aos familiares e demais pacientes para ausentarem-se da enfermagem durante a realização do procedimento;
2. O preparo do corpo somente poderá ser iniciado após o médico ter constatado o óbito;
3. O enfermeiro deve providenciar a declaração de óbito (DO) para que o médico possa preenchê-la;
4. O preenchimento da DO é de responsabilidade do Médico que deverá obedecer a RESOLUÇÃO DO CFM Nº. 1601/2000;
5. Após preenchida a DO o enfermeiro deve registrar em formulário específico o Nº. da DO e nome completo do paciente;
6. Na ausência do Assistente social o enfermeiro deve entregar a via amarela da DO para um familiar ou responsável pelo paciente (Registro Civil), a via branca fica na pasta verde (Controle de atestados de Óbito – Chefia de Internamento) e a via rosa fica no prontuário (Unidade de Saúde);
7. Comunicar o óbito as áreas de apoio;
8. Não é permitido deixar macas no necrotério;
9. Os pertences do paciente deverão ser encaminhados ao serviço social e/ ou familiares.

POP 46 - PREPARO DO LEITO SEM PACIENTE

1 - FINALIDADE:

Preparar o leito para o recebimento do paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

5 - MATERIAL:

Luvas de procedimento, 2 lençóis, 1 forro móvel (s/n), 1 cobertor, colcha e 1 fronha, suporte de hamper com saco de hamper trocado.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Calçar as luvas;

3. Reunir as roupas de cama limpas, levar para o quarto e colocar sobre uma superfície seca e limpa (mesa, cadeira ou carrinho);
4. Estender o lençol protetor do colchão, previamente limpo, dobrando e prendendo as pontas sob o colchão de modo que o lençol de baixo esteja esticado e sem pregas sobre a cama;
5. Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cabeceira;
6. Trabalhando do mesmo lado, colocar o lençol móvel no terço central, fixando as laterais sob o colchão;
7. Centralizar a dobra longitudinal do lençol de cima e abrir em camadas dobradas na direção de um dos lados da cama;
8. Prender nos pés da cama a parte do lençol que sobrar;
9. Acrescentar o cobertor, conforme o desejo do paciente;
10. Deixar a unidade em ordem;
11. Higienizar as mãos as mãos.

7 - RECOMENDAÇÕES:

Fazer o mínimo de movimentação possível na arrumação do leito;
Usar da mecânica corporal e movimentos sincronizados.

POP 47 - PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

1 - FINALIDADE:

Manter integridade cutânea, proporcionando conforto ao paciente.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Queda do leito e/ou cadeira ao manuseio do paciente;

Falha na execução da técnica.

5 - MATERIAL:

Material de higiene íntima, roupas de cama, coxins, creme hidratante, colchão piramidal (caixa de ovo), AGE, filme transparente, algodão ortopédico, atadura de crepe, coxins ou almofadas.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

Aplicar a escala de Braden e classificar o paciente que está em risco de desenvolver úlcera por pressão;

1. Manter a pele limpa e hidratada;
2. Evitar água quente e fricção;
3. Evitar manter pressão sobre a pele e sobre as proeminências ósseas;
4. Realizar limpeza imediata após evacuação e urina;
5. Proporcionar o paciente em posição anatômica e confortável;
6. Identificar lesões, classificá-las e instituir tratamento;
7. Manter lençóis esticados e secos;

8. Mudança de decúbito de 2/2 horas (salvo contraindicação médica);
9. Mobilizar o paciente em lençol móvel (sem arrastá-lo);
10. Trocar curativos de lesões e estomas sempre que estiverem saturados;
11. Colocar sentados os pacientes acamados, várias vezes ao dia, sempre que houver possibilidade (a cada 15 a 30 min, mudá-lo de posição na poltrona, levantando-o e sentando-o novamente);
12. Elevar a cabeceira do leito o mínimo possível, se não houver contraindicação. Se necessário, a elevação não deve ultrapassar 30°. Isto também se aplica ao decúbito lateral;
13. Usar travesseiros e coxins;
14. Aquecer as extremidades (se frias);
15. Realizar movimentação passiva dos membros;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Manter o paciente coberto com lençóis, e descobrir somente as regiões do corpo a serem examinadas;
2. Realizar treinamento e capacitação dos funcionários quanto às técnicas de mobilização, posicionamentos adequados e cuidados preventivos na utilização de equipamentos e acessórios, conscientizando-os de sua importância;
3. A aplicação da escala de Braden é atividade exclusiva do enfermeiro.

A escala de Braden deve ser aplicada por ocasião da admissão de todos os pacientes das unidades de internação de adultos e em crianças/adolescentes de 12 a 18 anos. No período de internação, deve ser realizada semanalmente e/ou a cada mudança do estado clínico.

POP 48 - RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL

1 - FINALIDADE:

Consiste na retirada do cateter na presença de sinais flogísticos, obstrução do cateter e conforme prescrição médica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Material para curativo, gaze, esparadrapo, luva estéril, lâmina de bisturi, frasco estéril S/N, soro fisiológico, clorexidina alcoólica 0,5%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
3. Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
4. Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
5. Umedecer o curativo com soro fisiológico para facilitar a retirada do mesmo;
6. Realizar a antisepsia do local de inserção do cateter;
7. Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos;
8. Retirar o cateter venoso central;
9. Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia.

Periodicidade:

Quando o catéter estiver obstruído;

Quando existir presença de sinais flogísticos;

De acordo com orientação médica.

6 - RECOMENDAÇÕES:

Na presença de sinais flogísticos, coletar a ponta do cateter com técnica asséptica, retirar cerca de 5 cm com o auxílio da lâmina de bisturi e colocar em frasco estéril. Encaminhar ao laboratório junto à solicitação médica.

POP 49 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1- FINALIDADE:

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

1. Localização da sonda (sempre realizar o teste antes da infusão);
2. A sonda pode deslocar-se para o aparelho respiratório;
3. Lesões orais, nasais, esofágicas ou gástricas por deficiência no procedimento;
4. Hemorragia (epistaxe);
5. Otite média, sinusite aguda, pneumonia aspirativa;
6. Atentar para fixação adequada da sonda, prevenindo o deslocamento da mesma.

5 - MATERIAL:

Bandeja, SNG, Gel hidrossolúvel, seringa 20ml, gaze, estetoscópio, toalha, luva de procedimento, esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica, máscara descartável.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

- 1- Higienizar as mãos;
- 2- Conferir a prescrição médica, reunir todo material na bandeja e levar para próximo ao paciente;
- 3- Orientar paciente e familiar sobre o procedimento;
- 4- Isolar a cama com um biombo, se necessário;
- 5- Posicionar o paciente em posição "Fowler" alta, a menos que haja contraindicação; caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- 6- Colocar máscara e calçar luvas de procedimento;
- 7- Verificar o uso de próteses dentárias móveis, solicitando ao paciente para retirá-los;

- 8- Avaliar obstrução nasal e/ou desvio de septo;
- 9- Higienizar a narina com solução fisiológica, se necessário;
- 10- Colocar a toalha no tórax (ou papel-toalha);
- 11- Medir a sonda da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifoide. Acrescentar a medida de dois dedos, marcando com fita adesiva;
- 12- Lubrificar a sonda utilizando gaze gel hidrossolúvel;
- 13- Introduzir na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- 14- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- 15- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- 16- Testar posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio concomitantemente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- 17- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- 18- Manter a sonda fechada ou aberta, conforme a indicação da prescrição;
- 19- Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar ao expurgo;
- 20- Retirar as luvas de procedimento e a máscara descartável;
- 21- Higienizar as mãos;
- 22- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7. RECOMENDAÇÕES:

- 1- Orientar paciente ou acompanhante quanto ao volume e tempo de infusão;
- 2- Manter decúbito elevado e comunicar qualquer alteração;
- 3- A sonda deverá ser testada sempre antes da administração da dieta;
- 4- Após a administração da dieta, manter a sonda limpa e permeável;
- 5- Sinais de asfixia como cianose, acesso de tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, neste caso, retirar a sonda imediatamente;
- 6- A higiene nasal e oral deverá ser rigorosa em paciente com SNG para evitar complicações como parotidites;
- 7- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

POP 50 - SONDAGEM NASOENTERAL

1 - FINALIDADE:

Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais confortável e segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados e com reflexos diminuídos.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO:

Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Traumas nasais, inflamação do intestino, diarreia, obstrução da sonda, pneumotórax.

5 - MATERIAL:

Máscara descartável, bandeja, SNE, gel hidrossolúvel, seringa 20ml, gaze, estetoscópio, luva de procedimento, esparadrapo/micropore, SF 0,9%, lanterna (se necessário), biombo (se necessário), toalha ou papel toalha.

6 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Higienizar as mãos;
2. Conferir a prescrição médica e reunir todo material necessário;
3. Conferir se a dieta está de acordo com a prescrição;
4. Observar a integridade do frasco e aspecto e temperatura da dieta;
5. Conectar o equipo ao frasco da dieta;
6. Explicar o procedimento ao paciente sempre que possível;
7. Posicionar o paciente em posição "Semi-Fowler" ou "Fowler";
8. Confirmar o posicionamento da sonda com seringa de 20ml;
9. Conectar o equipo na sonda, dobrando-a para evitar a entrada de ar;
10. Abrir o equipo, deixando a dieta correr lentamente, conforme prescrição médica;
11. Após término da dieta, lavar a sonda com 20ml de água filtrada em "push";

12. Conectar frasco com água;
13. Fechar a sonda;
14. Manter o paciente em decúbito elevado por 30 minutos;
15. Deixar o paciente confortável;
16. Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar para o expurgo;
17. Higienizar as mãos;
18. Checar o procedimento;
19. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

7- RECOMENDAÇÕES:

1. Os frascos de água administrados no decorrer do dia têm como objetivo hidratar o paciente e não substituem a lavagem manual com a seringa;
2. Realizar limpeza das tampas conectoras com álcool a 70% e da parte externa da sonda. Trocar a fixação sempre que houver sujidade;
3. O equipo específico deverá ser trocado segundo orientações do NCIH;
4. Verificar rotineiramente o resíduo gástrico (volume de líquido dentro do estômago) a fim de determinar se o volume alimentar ultrapassa ou não a capacidade fisiológica do paciente. Se for:
 - Menor que a metade do último volume infundido: desprezar e administrar o próximo frasco;
 - Maior/igual que a metade do último valor infundido: reinfundir e descontar esse valor da próxima dieta. Verificar com o médico a utilização de pró-cinéticos e modificar a administração da NE para bomba de infusão;
 - Maior/igual que o total do último volume infundido: desprezar, dar pausa na dieta e comunicar ao médico;
5. Se o paciente ficar nauseado ou vomitar, interrompa a alimentação imediatamente;
6. A validade da dieta é de 180 minutos a partir do recebimento do frasco na unidade. Normalmente, a dieta deve ser administrada no período de 90 a 120 minutos, respeitando-se o intervalo de pelo menos 1 hora entre a administração de uma dieta e outra, a fim de evitar desgaste da mucosa intestinal.

POP 51 - SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO

1- FINALIDADE:

O cateterismo vesical de alívio tem se mostrado altamente eficaz como procedimento de drenagem vesical, com a vantagem de reduzir os episódios de infecção do trato urinário associados a catéter.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Internação/Enfermarias, pronto atendimento e unidade de terapia intensiva.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Trauma de meato urinário;

Infecções urinárias e infecções hospitalares.

5- MATERIAL:

01 pacote estéril de sondagem vesical;

01 par de luvas estéreis;

01 par de luvas de procedimento;

01 sonda vesical de calibre adequado;

Xilocaína gel;

02 pacotes de gaze;

Solução antisséptica aquosa (PVPI tópico ou Clorexidine aquosa 0,2%);

Frasco graduado;

Saco ou lixeira para descarte de material biológico.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e levar até a paciente;
3. Promover ambiente iluminado e privativo;
4. Explicar o procedimento à paciente;
5. Calçar luvas de procedimento;

6. Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água morna e sabão, secar após;
7. Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
8. Retirar as luvas de procedimento;
9. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
10. Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de PVPI ou Clorexidine Aquosa 0,2% na cuba redonda, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e a sonda (pode-se abrir o pacote com uma tesourinha);
11. Calçar as luvas estéreis;
12. Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
13. Proceder à antisepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico;
14. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
15. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à fenestra do campo;
16. Introduzir a sonda no meato uretral da paciente até retornar urina na cuba rim;
17. Quando a cuba encher de urina, desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos, repetindo quantas vezes for necessário;
18. Retirar a sonda, quando parar de drenar urina, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos e puxando-a da bexiga, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim;
19. Auxiliar a paciente vestir-se, deixando-a confortável;
20. Verificar o volume drenado;
21. Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado dos materiais;
22. Lavar as mãos novamente;
23. Registrar o procedimento na evolução ou folha de observação complementar de enfermagem da paciente.

POP 52 - SONDAÇÃO VESICAL DE DEMORA

1- FINALIDADE:

Introdução de um cateter pela uretra até a bexiga com fim de diagnóstico ou tratamento.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Internação/Enfermarias e unidade de terapia intensiva.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiro.

4 - RISCO/PONTOS CRÍTICOS:

Trauma de meato urinário;

Infecções urinárias e infecções hospitalares.

5 - MATERIAL:

Bandeja de cateterismo vesical

Sonda Foley

Bolsa coletora sistema fechado

PVPI tópico

Gel hidrossolúvel

Luvas de procedimento e estéril

Ampolas de água destilada

Biombo

Seringa 20 ml e 10 ml

Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Enfermagem

1- Conferir a prescrição médica;

2- Reunir o material e levar até o paciente;

3- Explicar o procedimento ao paciente;

4- Promover a privacidade do paciente;

5- Higienizar as mãos;

6- Posicionar o paciente:

Feminino: posição dorsal (supino com joelhos flexionados).

Masculino: posição supina com as coxas levemente contraídas.

- 7- Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene íntima rigorosa com água e sabão (se paciente dependente). Orientar a higienização prévia a pacientes independentes;
- 8- Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- 9- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda de Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado) dentro da técnica asséptica;
- 10- Calçar luvas estéreis (2 pares);
- 11- Adaptar a sonda de Foley ao coletor de urina sistema fechado;
- 12- Com auxílio de um colega, colocar gel hidrossolúvel na seringa de 20ml (se paciente masculino) e colocar água destilada em seringa de 10ml;
- 13- Testar o cuff (balonete) com a seringa de 10ml com água destilada;
- 14- Realizar antissepsia do meato uretral:

A. Feminino:

- (1) com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
- (2) usando pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral.

B. Masculino:

- (1) recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento.
 - (2) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir a limpeza três vezes, usando uma gaze limpa a cada vez.
1. Retirar o primeiro par de luva estéril usado na antissepsia;
 2. Posicionar o campo fenestrado sobre a genitália;
 3. Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
 4. Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente;
 5. Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;

6. Tracionar vagarosamente a sonda e fixar na parte interna da coxa (mulher) e área suprapúbica (homem);
7. Não esquecer de reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da área meatal;
8. Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;
9. Auxiliar o paciente a ficar numa posição confortável;
10. Lave e seque a área perineal conforme for necessário;
11. Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Checar o procedimento;
14. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

7 - RECOMENDAÇÕES:

1. Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação.
2. Sondas utilizadas para cateterismo vesical: em adolescentes (nº 10 ou 12), em adultos (nº 14 ou 16), em gestantes (nº 14) e sonda de alívio (nº 10 ou 12).
3. Em alguns casos de retenção urinária pode ser colocada bolsa de água morna ou compressas na região suprapúbica.
4. Observar e anotar o volume urinário, cor e o aspecto.
5. Desinsuflar o balão na retirada da sonda vesical, observar e anotar a primeira micção espontânea.
6. O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e trocado toda a vez que for manipulado inadequadamente. Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.
7. Não abrir o sistema de drenagem, para realizar coleta de exames.
8. Indicações para troca do cateter e sistema coletor: obstrução, presença de grande quantidade de resíduos no sistema, presença de incrustações visíveis e urina com aspecto purulento, febre de origem não determinada sem outra causa reconhecida, desconexão acidental ou ruptura, violação e contaminação do sistema por técnica inadequada na instalação e manuseio.
9. Retirada da sonda vesical de demora, diminui a incidência de infecção urinária.
10. Não realizar lavagem da sonda vesical sem recomendação médica.
11. Os coletores de urina devem ser esvaziados a cada 6 horas e nunca devem ser posicionados em um nível acima do púbis.
12. Realizar higiene perineal com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos 2X ao dia.

POP 53 – TROCA DE SOLUÇÃO DO DRENO DE TÓRAX

1 - FINALIDADE:

Evitar refluxo de líquido drenado, prevenir infecções e medir volume drenado.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Luvas de procedimento;

Soro fisiológico ou água estéril 500 ml;

Aparadeira estéril;

Frasco graduado S/N;

Campo estéril.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Abrir o frasco de soro fisiológico ou água estéril;
6. Abrir o pacote de compressa estéril;
7. Clampar o dreno o mais próximo possível do tórax do paciente;
8. Abrir o frasco de drenagem;
9. Proteger a extremidade do dreno e tampa do frasco com compressa estéril e dispô-los em local seguro (troca feita por uma pessoa);
10. Colocar o líquido drenado em cálice graduado, observando o volume e aspecto;
11. Lavar o frasco com SF ou água destilada e desprezar o líquido;
12. Colocar soro fisiológico ou água estéril no frasco, até o nível indicado pelo fabricante;
13. Fechar o frasco;
14. Desclampar o dreno;

15. Assegurar-se do bom funcionamento do sistema de drenagem;
16. Rotular o frasco com: volume, data, hora e assinatura;
17. Retirar a luva e lavar as mãos;
18. Recompor a unidade;
19. Deixar o paciente confortável;
20. Registrar no prontuário aspecto, quantidade, coloração da secreção.

Periodicidade

Diariamente.

POP 54 – VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

1- FINALIDADE:

Verificar a pressão com que o sangue entra no átrio direito, detectar desequilíbrios hemodinâmicos e monitorar o retorno venoso.

2- LOCAL DE EXECUÇÃO: Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Suporte para soro;
Frasco de soro fisiológico 500 ml;
Equipo próprio para PVC com régua graduada;
Fita adesiva;
Régua própria para PVC com nível de água.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

I. Equipe de Enfermagem

1. Adaptar o equipo de PVC ao frasco de soro (no posto de enfermagem) encher todo o equipo com soro e fechá-lo;
2. Fixar a fita graduada no suporte de soro deixando o ponto zero na altura do leito;
3. Colocar o paciente em decúbito dorsal;

4. Retirar coxins, travesseiros e baixar a cabeceira até nivelar o leito em linha reta;
5. Alinhar o tórax, os braços e as pernas ao longo do corpo;
6. Colocar uma das extremidades da régua na linha axilar média e a outra extremidade no suporte de soro, onde está fixada a régua de papel;
7. Centralizar a bolha d'água e anotar o ponto zero correspondente (a porção superior da régua);
8. Pendurar o frasco de soro no suporte e fixar o equipo com a fita adesiva no nível do Y e na extremidade do equipo;
9. Abrir as pinças correspondentes ao paciente e a da coluna de água e mantendo a via do soro fechada;
10. Observar a queda da coluna d'água até a oscilação estabilizar;
11. Considerar o limite inferior da oscilação e contar os pontos tendo como referência o ponto zero, previamente marcado;
12. Fechar a via da PVC e abrir a via do soro;
13. Posicionar o paciente de maneira confortável;
14. Anotar o valor obtido no prontuário do paciente.

Periodicidade

De acordo com orientação médica.

6 – RECOMENDAÇÕES

1. Na mensuração da PVC, os valores acima de zero são positivos (+) e abaixo de zero são negativos (-);
2. Os valores normais da PVC na linha axilar média estão entre 8 – 12 cm de H₂O;
3. Se o paciente estiver em ventilação mecânica, deve-se desconectar o respirador no momento da mensuração da PVC;
4. Se o volume da água não descer ou o valor obtido for muito alto, verificar se o cateter central não está obstruído;
5. O soro e o equipo de PVC devem ser trocados a cada 24 horas e sempre que necessário;
6. Não se deve verificar PVC com soluções que contenham medicamentos que exijam controle rigoroso. (Ex: Dopamina, Nitroprussiato de sódio, etc) e cujo aumento ou redução da dosagem possa provocar oscilações bruscas da pressão arterial e frequência respiratória ou cardíaca;

A PVC só poderá ser verificada após confirmação do posicionamento do cateter central através de Raio X.

POP 55 – AFERIÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR OU ORAL

1- FINALIDADE:

Determinar a temperatura axilar/oral do paciente;

Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem;

Corroborar no diagnóstico médico e no diagnóstico de enfermagem.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3- RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4- MATERIAL:

Termômetro de mercúrio, bandeja, algodão, álcool a 70%, caneta e papel.

5- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
2. Realizar a higienização das mãos;
3. Organizar o material necessário em uma bandeja;
4. Realizar a higienização das mãos;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool a 70%;
7. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C, em caso negativo, agitar vigorosamente o termômetro para que a coluna de mercúrio desça;
8. Se necessário, enxugar a axila do paciente;
9. Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
10. Retirar o termômetro após 3 minutos e realizar a leitura;
11. Agitar o termômetro para que a coluna de mercúrio desça novamente (35°C);
12. Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido em álcool a 70%;
13. Recolher o material;

14. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
15. Realizar a higienização das mãos;
16. Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.

6 – RECOMENDAÇÕES

1. Parâmetros:

Temperatura axilar: 36,5 °C;

Temperatura oral: 37 °C.

2. Especial atenção para pacientes em precaução de contato. Nesse caso, o termômetro é individual e de uso exclusivo desse paciente;
3. Não utilizar na axila que houver lesões em pele;
4. Atentar a privacidade do paciente quando na necessidade da exposição do tórax;
5. Situações que contraindicam a mensuração da temperatura axilar: não colocar na axila correspondente ao membro com FAN para hemodiálise, paciente hipotérmico ou em choque e pacientes neurológicos.

POP 56 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1 - FINALIDADE:

Avaliar a capacidade e a eficácia do sistema cardiovascular;

Verificar alterações na pressão arterial fisiológica.

2 - LOCAL DE EXECUÇÃO: Todos que envolvem assistência direta ao paciente.

3 - RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4 - MATERIAL:

Bandeja, esfigmomanômetro, estetoscópio, algodão e álcool a 70%.

5 - DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

1. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
2. Preparar o material necessário na bandeja;
3. Realizar a higienização das mãos;
4. Realizar desinfecção com algodão em álcool a 70% no estetoscópio e no esfignomanômetro;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Escolher o manguito adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial: A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;
7. Posicionar, se possível, o paciente sentado;
8. Expor o braço para colocar o manguito;
9. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;
10. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para estimativa da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto para inflar novamente;
11. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
12. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica;
13. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
14. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação;

15. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);
16. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco;
17. Posicionar o paciente no leito de forma confortável;
18. Realizar desinfecção com álcool a 70% no estetoscópio, no esfigmomanômetro e na bandeja;
19. Guardar o material;
20. Realizar a higienização das mãos;
21. Registrar o procedimento e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente, inclusive o membro no qual a pressão arterial foi aferida.

6 – RECOMENDAÇÕES

Parâmetros de referência no adulto:

Média PA: 120 x 80 mmHG.

1. Especial atenção para pacientes em precaução de contato - o esfigmomanômetro e o estetoscópio devem ser individualizados e utilizar EPI;
2. Não aferir a pressão arterial em membros que tiverem fístula arteriovenosa, cateterismo, plegia, punção venosa, infusão de líquidos e no membro que for o lado mastectomizado da mulher;
3. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
4. Considerar o efeito do jaleco branco nos pacientes.