

EMENDA PARLAMENTAR Nº 81000311
PORTARIA 1.453 DE 14 DE JUNHO DE 2022
CONTRATO Nº 072/2022

PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL

SETEMBRO/OUTUBRO/NOVEMBRO

2022



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de notificação de eventos adversos.....	29
Figura 2. Classificação de infecção do sítio cirúrgico.	35
Figura 3. Espécies mais comumente encontradas na microbiota humana normal.....	39
Figura 4. Fatores de risco para ISC.	40
Figura 5. Resumo das Principais Barreiras para a Dispensação Segura de Medicamentos na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa.....	43
Figura 6. Prescrição Eletrônica de Medicamento Não Padronizado que exige Justificativa Clínica.....	45
Figura 7. Cadastro de Produtos.	45
Figura 8. Cadastro de Itens de Prescrição.	46
Figura 9. Formulário de Qualificação de Fornecedores.	48
Figura 10. Processo de fracionamento na farmácia (CAF).	50
Figura 11. Processo de armazenamento e distribuição na farmácia (CAF).....	52
Figura 12. Tela de Avaliação Farmacêutica da Prescrição no Prontuário Eletrônico do Paciente.	53
Figura 13. Tela para registro das Intervenções feitas pelo farmacêutico.	54
Figura 14. Conferência Eletrônica de Medicamentos e Materiais Hospitalares Dispensados nas Farmácias.....	55
Figura 15. Checklist dos Carros de PCR.	56
Figura 16. Cartaz alertando sobre higienização das mãos na SCBM.....	61
Figura 17. Dispenser dispostos nas áreas da SCBM.	62
Figura 18. Integração de novos colaboradores e vigilância nas visitas técnicas realizadas nos setores.	64
Figura 19. Sinalização nas áreas internas e assistenciais.	65
Figura 20. Realização do ECG.	67
Figura 21. Local exclusivo para eletrocardiograma.....	69
Figura 22. Totem de retirada de senha do pronto atendimento.	70
Figura 23. Totem de senha do PS com item dor no peito.....	70
Figura 24. Banner para orientação dos pacientes.....	71



Figura 25. Modelo de banner dos consultórios.....	73
Figura 26. Consultório médico do pronto atendimento com banner de orientação.....	73
Figura 27. Sala de hemodinâmica.....	77
Figura 28. Equipe realizando o procedimento.	77
Figura 29. Angioplastias realizadas.....	78
Figura 30. Fisiopatogênese da IPCS.	80
Figura 31. Cateter profundo inserido diretamente no grande vaso sem tunelização.	81
Figura 32. Cateter Permcath (para hemodiálise), Portacath (para quimioterapia).	82
Figura 33. Cateter central de inserção periférica.	82
Figura 34. Cateter umbilical.....	83
Figura 35. Bundle de inserção de cateter central.	87
Figura 36. Bundle de manutenção do cateter central.....	90
Figura 37. Padrão de curativo utilizado para CVC.	93
Figura 38. Exemplo de cateter urinário.	96
Figura 39. Relatório de análise da qualidade da água.....	97
Figura 40. Relatório de qualidade da água.....	98
Figura 41. Relatório de dedetização.....	99
Figura 42. Relatório de resíduos.....	100
Figura 43. Fisiopatogênese da PAV.	104
Figura 44. CPAP acoplado à máscara.....	105
Figura 45. CPAP acoplado ao TOT ou TQT.....	105
Figura 46. Bundle de Prevenção de PAV Adulto - Pediátrico.	108
Figura 47. Bundle de Prevenção de PAV Neonatal.....	109
Figura 48. Modelos NRS-2002 e ASG de avaliação nutricional para adultos.	115
Figura 49. Modelo STRONG KIDS - Triagem nutricional em pediatria.	116
Figura 50. Modelo MAN (Mini Avaliação Nutricional) para idoso.	116
Figura 51. Modelo FARNNEO - Ferramenta de avaliação do risco nutricional neonatal.	117
Figura 52. Algoritmo do planejamento dietético.	118
Figura 53. Prescrição nutricional efetuada no sistema MVPEP.	119
Figura 54. Evolução nutricional efetuada no sistema MVPEP.....	119
Figura 55. Dietas dos pacientes e suas consistências.....	121



Figura 56. Cardápios e formas de servir refeição para os pacientes e acompanhantes.....	122
Figura 57. Composição de refeição para ser entregue ao paciente.....	123
Figura 58. Dietas enterais.....	125
Figura 59. Administração de dieta parenteral.....	127
Figura 60. Produtos para higiene na produção de alimentos.	129



LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Infecções cirúrgicas no trimestre X especialidade cirúrgica.....	33
Tabela 2. Quantidade de Itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) Movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites.	55
Tabela 3. Resumo de acompanhamento dos pacientes.	72
Tabela 4. Número total de atendimentos da equipe.	120
Tabela 5. Tabela quantitativa de refeições servidas.	121
Tabela 6. Consumo dos suplementos orais.	123
Tabela 7. Tabela de Consumo dos espessantes para alimentos.	124
Tabela 8. Consumo das dietas enterais.	125
Tabela 9. Consumo dos equipos de dieta enteral.	126
Tabela 10. Consumo das sondas nasoentéricas (SNE).	126
Tabela 11. Consumo dos fixadores de sondas.	126
Tabela 12. Consumo das dietas parenterais.	127
Tabela 13. Consumo dos equipos fotossensível de dieta parenteral.	128



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de intervenções cirúrgicas no período de Set/2022 a Nov/2022.....	19
Gráfico 2. Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar.	20
Gráfico 3. Avaliação Morse (Quedas) - Setembro/2022.	22
Gráfico 4. Avaliação Morse (Quedas) - Outubro/2022.	22
Gráfico 5. Avaliação Morse (Quedas) - Novembro/2022.	23
Gráfico 6. Índice de quedas do período de Set/2022 a Nov/2022.....	23
Gráfico 7. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Setembro/2022.	25
Gráfico 8. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Outubro/2022.	25
Gráfico 9. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Novembro/2022.....	26
Gráfico 10. Úlceras por pressão no período de Set/2022 a Nov/2022.	26
Gráfico 11. Número de intervenções cirúrgicas nos últimos três meses.....	33
Gráfico 12. Erros na prescrição medicamentos.	60
Gráfico 13. Preparação alcóolica por ml.	63
Gráfico 14. Consumo de EPI's na SCBM.	65
Gráfico 15. Tempo Porta-ECG do período de Set/2022 a Nov/2022.	68
Gráfico 16. Mediana do Tempo Porta-ECG em minutos.....	68
Gráfico 17. Taxa de adesão a terapia medicamentosa do período de Set/2022 a Nov/2022.	72
Gráfico 18. Densidade de incidência de IPCS relacionada à CVC menor 8%.....	94
Gráfico 19. Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD.....	101
Gráfico 20. Número de pacientes/dia X utilização de SVD.	101
Gráfico 21. Correlação da SVD/dia x a taxa de utilização.	102
Gráfico 22. Densidade de incidência de pneumonia associada à VM menor 30%.	110
Gráfico 23. Bundles setoriais.....	111
Gráfico 24. Número total mensal de pacientes/dia em ventilação mecânica.....	112
Gráfico 25. Acompanhamento do estado nutricional mensal dos pacientes internados.....	120
Gráfico 26. Resultados da taxa de efetividade da terapia nutricional do período de Set/2022 a Nov/2022.....	130
Gráfico 27. Porcentagem de pacientes com estado nutricional maior que 50%.....	131



LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.	13
Quadro 2. Plano de ação para melhorar a segurança do paciente e qualidade assistencial...27	
Quadro 3. Modelo de notificação de evento adverso.	30
Quadro 4. Classificação e critérios definidores de infecção cirúrgica.	36
Quadro 5. Sítios específicos de ISC/OC.	37
Quadro 6. Definição de infecções do sítio cirúrgico para cirurgias endovasculares.....	37
Quadro 7. Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância.....	59
Quadro 8. Medidas de prevenção de IPCS associada a cateter central.....	85
Quadro 9. Cuidados diários com os cateteres vasculares.	88
Quadro 10. Recomendações para troca de dispositivos vasculares.	91
Quadro 11. Medidas de prevenção de Pneumonia associada a ventilação mecânica.	106
Quadro 12. Medidas de prevenção de Infecção relacionada a assistência a saúde.....	110
Quadro 13. Ficha técnica do indicador de taxa de efetividade da terapia nutricional.....	130



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	11
1.1 Indicador de taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar	12
1.1.1 Acompanhamento de rotina pré-operatória	12
1.1.2 Medidas de controle intraoperatória.....	16
1.1.3 Resultados do indicador	19
1.2 Indicador do índice de quedas e úlceras por pressão	20
1.2.1 Índice de quedas.....	20
1.2.2 Úlcera por pressão.....	24
1.2.3 Notificação de eventos adversos.....	27
1.3 Indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade	30
1.3.1 Cirurgia segura.....	30
1.3.2 Medidas preventivas adotadas na SCBM	40
1.4 Indicador de taxa de erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos	42
1.4.1 Padronização	44
1.4.2 Cadastro dos itens	45
1.4.3 Qualificação de fornecedores.....	47
1.4.4 Fracionamento.....	49
1.4.5 Armazenamento e distribuição	51
1.4.6 Avaliação farmacêutica da prescrição	52
1.4.7 Separação e conferência dos medicamentos.....	54
1.4.8 Carros de PCR	56
1.4.9 Resultados do indicador	58



1.5	Indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos	60
1.5.1	Resultados do indicador	63
2	PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE CARDIOLÓGICO	66
2.1	Indicador de tempo porta eletrocardiograma	67
2.2	Indicador de adesão a terapia medicamentosa	71
2.2.1	Tratamento do infarto agudo do miocárdio	74
3	PROTOCOLO DE CONTROLE DE IRAS	79
3.1	Indicador de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central.....	79
3.1.1	Acompanhamento do bundle de prevenção IPCS.....	80
3.1.2	Diagnóstico epidemiológico de Infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) ..	84
3.1.3	Resultados do indicador	93
3.2	Indicador de incidência de infecção urinária associada a cateterismo vesical de demora	94
3.2.1	Acompanhamento do bundle de prevenção ITU	95
3.2.2	Resultados do indicador	101
3.3	Indicador de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	102
3.3.1	Ventilação mecânica invasiva (VMI).....	104
3.3.2	Cálculo de denominadores de risco para PAV	105
3.3.3	Diagnóstico epidemiológico de PAV	106
3.3.4	Acompanhamento do bundle de PAV	107
3.3.5	Resultados do indicador	110
4	PROTOCOLO DE EFETIVIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL.....	113
4.1	Nutrição Clínica e Terapia Nutricional da SCBM	114
4.2	Perfil nutricional dos pacientes internados na SCBM	119
4.2.1	Dieta via oral.....	120



4.2.2 Suplementação em pó.....	123
4.2.3 Dieta enteral.....	124
4.2.4 Dieta parenteral.....	126
4.3 Resultados de melhoria na alimentação e nutrição na SCBM	128
4.4 Resultados do indicador de taxa de efetividade do atendimento nutricional.....	129
CONCLUSÃO.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
APÊNDICE A – PROTOCOLOS REVISADOS.....	137
APÊNDICE B – PLANO DE TRABALHO.....	360
APÊNDICE C – PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	370



INTRODUÇÃO

Fundada em 1859, a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa surgiu com o objetivo de ofertar assistência integrada a todos os moradores da região médio paraíba do estado do Rio de Janeiro, contemplando 17 municípios e totalizando 1.085.235 habitantes, de acordo com os dados do IBGE 2020.

Dentro desse contexto destaca-se a importância da Santa Casa no atendimento à população pois é o único que atende através do Sistema Único de Saúde (SUS) (exceto maternidade) além de atender convênios de diversos planos de saúde e possuir atendimento particular.

Hoje a instituição provê assistência integrada de alta complexidade humanizada e centrada nas necessidades e segurança dos pacientes desde o diagnóstico até a reabilitação.

Considerando a missão do hospital de oferecer solução de excelência em saúde promovendo o ensino dentro dos princípios filantrópicos com sustentabilidade, foi desenvolvido o plano de trabalho de qual trata este relatório, elencando os principais protocolos e indicadores a serem acompanhados pelos profissionais e colaboradores.

10

Desta forma, o presente relatório descreve as ações adotadas para acompanhar a evolução do paciente e qualidade do seu atendimento. Para cumprir as metas estabelecidas, foram identificados os insumos, medicamentos e exames complementares para subsidiar a implementação dos protocolos de segurança, boas práticas de atendimento, controle de infecções hospitalares e efetividade no atendimento nutricional.



1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente não é um assunto novo, desde a publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, tornou o tema segurança do paciente uma questão central nas agendas de muitos países. Essa publicação foi um marco na segurança do paciente e alertou para os erros no cuidado à saúde e para os danos ao paciente.

O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de Eventos Adversos nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos.

Os profissionais e os gestores de Saúde não se deram conta de que houve uma mudança na forma de prestação de cuidados, com o avanço dos conhecimentos científicos. "O cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso".

11

A preocupação com a segurança levou a implantação do plano de segurança do paciente. Segundo a Portaria MS/GM nº 529/2013, tal plano estabelece um conjunto de protocolos básicos, que constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente, com objetivo de reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.

Neste sentido, foram estabelecidos indicadores de acompanhamento que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes.

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco	Taxa de mortalidade cirúrgica intraoperatória menor que 2%
Índice de quedas, lesão por pressão e transferência de pacientes entre pontos de cuidado.	Manter índice de quedas e índice de úlceras por pressão menor que 1,3%.
Taxa de erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos	Número de eventos adverso relacionados a medicação menor que 1,3%
Taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade	Densidade de infecção de risco cirúrgico menor que 4%



Monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia	Atingir volume de consumo da preparação alcoólica de 20mL/paciente-dia
--	--

1.1 Indicador de taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar

O primeiro indicador estabelecido foi a taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco, a taxa foi desenvolvida inicialmente para monitorar a qualidade do cuidado oferecido. A utilização dos óbitos como uma medida de resultado tem muitas vantagens. A morte é um evento único e definitivo, e como o seu registro é obrigatório, aumentam as chances de existirem dados para a construção do indicador.

Mesmo empregando os melhores cuidados de saúde disponíveis, muitos óbitos não são evitáveis. A taxa é ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como, dados demográficos dos pacientes, diagnósticos, condições em que o paciente chegou ao hospital. Ou seja, este método de ajuste de risco é usado para contabilizar o impacto desses fatores de risco individuais, que podem colocar alguns pacientes em maior risco de morte do que outros.

12

1.1.1 Acompanhamento de rotina pré-operatória

I. Avaliação de colonização nasal ou microbiota endógena

- Realizar descontaminação nasal com mupirocina intranasal associada a descolonização extra-nasal com clorexidina degermante em paciente diagnosticado como portador nasal de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA);
- Aplicar nas narinas mupirocina nasal a cada 12 horas, durante 5 dias seguidos;
- Monitorar a resistência a mupirocina;
- Utilizar clorexidina degermante em todo o corpo, durante o banho, por 5 dias seguidos, exceto em mucosas ocular e timpânica.

II. Banho

- Orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho;



- Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, noite anterior ou manhã da cirurgia.

Ainda não foi demonstrada uma clara associação entre banho pré-operatório com produto antisséptico e redução do risco de ISC. Assim, não há consenso na indicação de banho com agente antisséptico para todos os procedimentos cirúrgicos (Quadro 1).

O banho com antisséptico está reservado a situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos.

Quadro 1. Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes		Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro		Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
Cirurgias de urgência	Sabonete neutro		O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

13

Durante o banho são necessários alguns cuidados, como:

- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial a higiene da cabeça nas cirurgias cranioencefálicas;
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório;
- Enfatizar a importância da higiene oral; nos casos que houver previsão de intubação orotraqueal fazer higiene oral com clorexidina 0,12%;
- Fornecer toalhas limpas ao paciente para o banho pré-operatório;
- Proceder a troca de pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho.

III. Preparo pré-operatório ou antisepsia cirúrgica das mãos

O preparo pré-operatório possui o objetivo de eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que



participam das cirurgias e proporcionar efeito residual na pele dos profissionais.

IV. Procedimento

O procedimento pode ser feito com o uso de esponjas para a realização da fricção da pele com antisséptico degermante (Clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI) ou por meio do uso de produto a base de álcool (PBA).

V. Duração do procedimento

- Com antisséptico degermante: Deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção.
- Com PBA: Seguir sempre o tempo de duração recomendado pelo fabricante do PBA. Toda a sequência (ponta dos dedos, mãos, antebraços cotovelos) leva em média 60 segundos. Deve-se repetir esta sequência o número de vezes que atinja a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA, podendo ser 2 ou 3 vezes.

14

VI. Materiais necessários

- Com antisséptico degermante: Para a realização da antisepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante utiliza-se: água de torneira, esponja estéril impregnada ou não com degermante, antisséptico degermante e compressa estéril.
- Com PBA: Os insumos envolvidos na antisepsia cirúrgica das mãos com produto a base de álcool são sabonete líquido e água e PBA.

VII. Técnicas

a) Antisepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante:

- Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de esponja impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;
- Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas, sob a água corrente;



- Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
 - Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor.
- b) Antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool
- Lave as mãos com sabonete líquido e água ao chegar ao centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa e colocado o gorro e a máscara;
 - Use para preparo cirúrgico das mãos um produto a base de álcool (PBA), seguindo cuidadosamente a Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com Produto Alcoólico - OMS, antes de cada procedimento cirúrgico;
 - Caso tenha qualquer resíduo de pó/talco ou fluidos corporais ao remover as luvas após a cirurgia, lave as mãos com sabonete líquido e água.

15

VIII. Recomendações

- Remover todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras, antes de iniciar a degermação ou antissepsia cirúrgica das mãos;
- É proibido o uso de unhas artificiais;
- Manter unhas curtas;
- Manter o leito ungueal e subungueal limpos, utilizar uma espátula para remover a sujeira;
- Evitar o uso de escovas por lesar as camadas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele; se o seu uso for inevitável, estas devem ser estéreis e de uso único.

IX. Tricotomia pré-operatória

- Não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia;
- O uso de lâmina está contraindicado;



- A remoção dos pelos depende da quantidade, do local da incisão, do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião.

X. Fatores de risco

- Obesidade: Ajuste da dose de antibióticos profiláticos.
- Diabetes mellitus: Controle da glicemia.
- Tabagismo: O ideal é que a abstenção seja um item obrigatório nas cirurgias eletivas pelo menos 30 dias antes da realização delas.
- Uso de esteroides e outros imunossupressores: Evitar ou reduzir a dose ao máximo possível no período perioperatório.

1.1.2 Medidas de controle intraoperatória

I. Circulação de pessoal

O ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, portanto a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo ato anestésico-cirúrgico, desenvolvem atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para a equipe médica.

16

Os seguintes cuidados devem ser observados:

- Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
- Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.

II. Controle metabólico

Para as cirurgias em geral, tópicos relevantes em relação ao controle metabólico perioperatório são: controle glicêmico, controle da temperatura corpórea e suplementação da oxigenação tecidual, bem como a manutenção adequada do volume intravascular.

Em relação a temperatura corpórea, tem sido observada a associação frequente de



hipotermia ($T < 35^{\circ}\text{C}$) intraoperatória e um aumento na incidência de sangramento pós-operatório, infecções e eventos cardíacos.

Para evitar a instalação da hipotermia no intraoperatório, a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) tem padronizado o método de monitorização e manutenção da estabilidade da temperatura corpórea durante o ato cirúrgico.

Vários métodos de monitorização podem ser utilizados e encontram-se disponíveis e serão escolhidos dependendo da natureza da cirurgia em questão.

O “padrão ouro” é a monitorização na artéria pulmonar, método que requer a presença de cateter central e soma alguns riscos inerentes a tal procedimento. Ainda pode ser utilizada a monitorização através de cateter esofágico, bexiga urinária e cutânea, sendo esta última, a mais frequentemente utilizada e mais sensível as oscilações da temperatura da sala cirúrgica.

A recomendação é manter a temperatura corpórea acima de $35,5^{\circ}\text{C}$ no período perioperatório. Diferente da monitorização da temperatura corpórea, a suplementação de oxigênio no intraoperatório não teve sustentação uniforme na literatura em relação ao benefício na diminuição da incidência de infecção em ferida operatória até a apresentação de metanálise em 2009. Os autores analisaram cinco estudos randomizados e controlados com total de 3001 pacientes, e evidenciou-se que a suplementação de oxigênio tecidual é um fator relevante na prevenção de ISC.

17

No período perioperatório, vários estudos apontaram que o descontrole glicêmico é fator de risco estatisticamente significativo para infecção pós-operatória. De acordo com a Associação Americana de Diabetes, o objetivo do controle glicêmico deve ser manter a hemoglobina glicosilada menor que 7% em todo o perioperatório.

Além disso, a glicemia deve ser mantida abaixo de 180mg/dl até 24h após o final da anestesia. Vários autores apontam que o controle glicêmico e a manutenção da taxa acima mencionada por longos períodos favorecem a diminuição do risco de ISC, pneumonia e ITU.

III. Preparo da pele do paciente

Os seguintes cuidados devem ser seguidos durante o preparo intraoperatório da pele do paciente:

- Realizar degermação do membro ou local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar



solução antisséptica;

- Realizar a antisepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com solução alcoólica de PVPI ou clorexidina.

IV. Drenos

A inserção dos drenos geralmente deve ocorrer no momento da cirurgia, preferencialmente em uma incisão separada, diferente da incisão cirúrgica. A recomendação é fazer uso de sistemas de drenagens fechados e remover o mais breve possível.

V. Paramentação

A paramentação cirúrgica, medida bem estabelecida para prevenção das infecções do sítio cirúrgico, consiste em antissepsiar cirúrgica das mãos, utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara.

18

A finalidade da paramentação cirúrgica é estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde, ar ambiente. Também tem o sentido de proteger a equipe cirúrgica do contato com sangue e fluidos dos pacientes.

A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental e luvas estéreis, touca, óculos, máscara).

O avental cirúrgico, juntamente com as luvas constitui barreira contra a liberação de microrganismos da pele da equipe e contaminação do campo operatório.

Devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou se cirurgia estiver em andamento, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microrganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica.

Ao se paramentar o profissional que participara do procedimento cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios etc.).



VI. Cuidados com ambiente e estrutura

- Esterilização de todo o instrumental cirúrgico;
- Não utilizar a esterilização *flash* como rotina ou alternativa para a redução do tempo;
- Limpeza terminal mecânica do piso na última cirurgia do dia. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas;
- Limpeza e desinfecção concorrente entre procedimentos, com ênfase nas superfícies mais tocadas e na limpeza de equipamentos.

1.1.3 Resultados do indicador

Para melhor acompanhamento do indicador e demonstração do volume de atendimento segue abaixo o número de pacientes que foram submetidos a intervenções cirúrgicas e as taxas de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco dos últimos três meses:

19

Gráfico 1. Número de intervenções cirúrgicas no período de Set/2022 a Nov/2022.

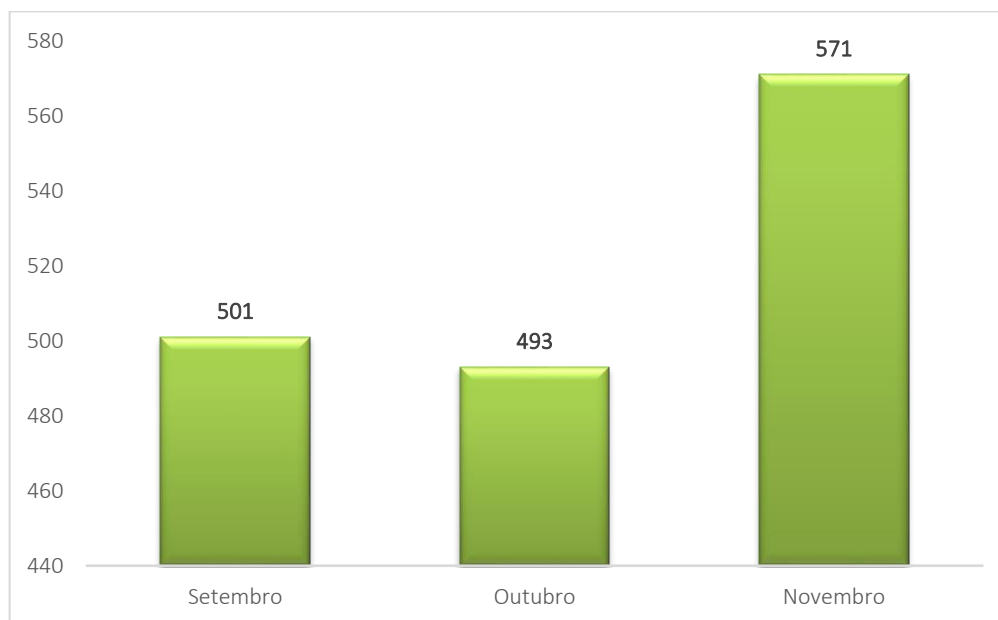
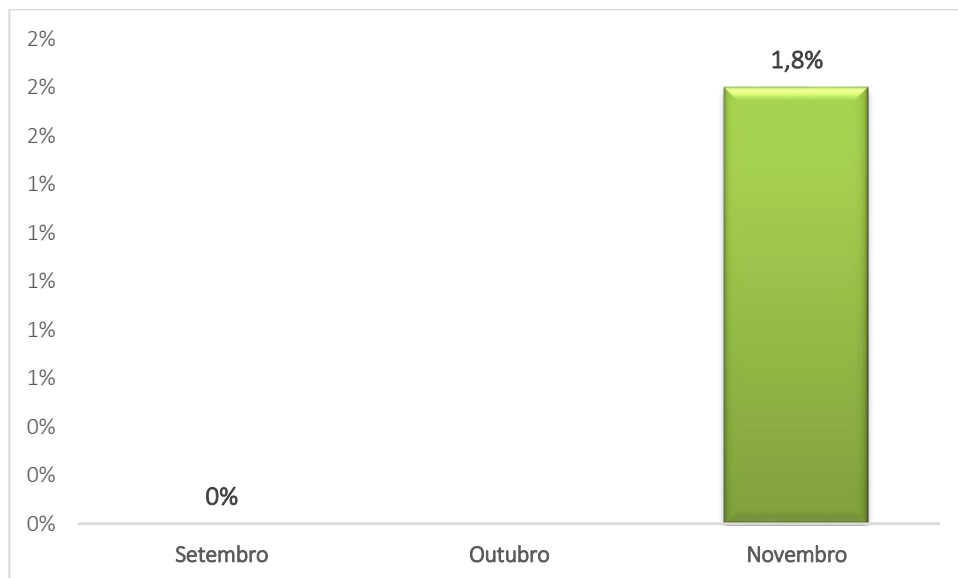


Gráfico 2. Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar.



1.2 Indicador do índice de quedas e úlceras por pressão

20

O segundo indicador estabelecido foi índice de quedas e índice de úlceras por pressão, com o objetivo de alcançar a meta 6 do programa nacional de segurança do paciente.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 definiu como estratégia a elaboração e implantação de um conjunto de protocolos visando a segurança do paciente, dentre eles os protocolos de Queda e Lesão por Pressão. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, preconizados na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

1.2.1 Índice de quedas

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 60 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária ou fecal, uso de medicamentos que causem reações de alteração, hipoglicemia e hipotensão postural.



Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: grades abaixadas, pisos desnivelados ou molhados, objetos pessoais deixados longe do paciente, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

Quedas de pacientes podem causar complicações comuns, contusões ou fraturas, lesões cortantes, sangramento/hematoma, dor, traumatismos, ansiedade, depressão e medo de cair de novo, incapacidade física e óbito.

Compreender a queda enquanto evento adverso e analisá-la atentamente, de modo multidisciplinar, é a melhor forma de prevenir seu acontecimento. A atenção com a segurança dos pacientes consiste ainda em fornecer métodos e instrumentos que subsidiem os profissionais na busca em elucidar a gênese desses eventos, assim como os possíveis fatores que contribuem para a sua ocorrência.

Frente ao exposto, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade de prevenir a ocorrência da queda em pacientes hospitalizados, por meio de ferramentas que permitam identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento deste incidente, o qual possibilita o planejamento da assistência ao paciente de acordo com sua necessidade e, assim, o profissional de saúde terá subsídios para definir estratégias adequadas para prevenir a sua ocorrência no ambiente ambulatorial ou hospitalar, tornando estes ambientes mais seguros e livre de danos.

21

Diante da relevância deste evento a instituição realiza procedimentos que viabilizam a triagem dos pacientes no ato da admissão pelo enfermeiro através da escala de Morse e avaliação diária para avaliação do risco. Essa escala contém os critérios para avaliação do risco de queda do paciente, que vai de risco baixo a risco alto.

Com a aplicação dessas escalas é possível evidenciar em números o total de pacientes avaliados pela escala de MORSE mensalmente de acordo com o grau de risco do paciente.

De acordo com os relatórios, no mês de setembro foram preenchidas 3.328 escalas Morse, com 903 pacientes classificados com alto risco e 1.276 classificados com médio risco. Neste período, foram aplicadas medidas de prevenção de queda, monitoramento das grades do leito, nível de consciência dos pacientes e orientação para o acompanhante.

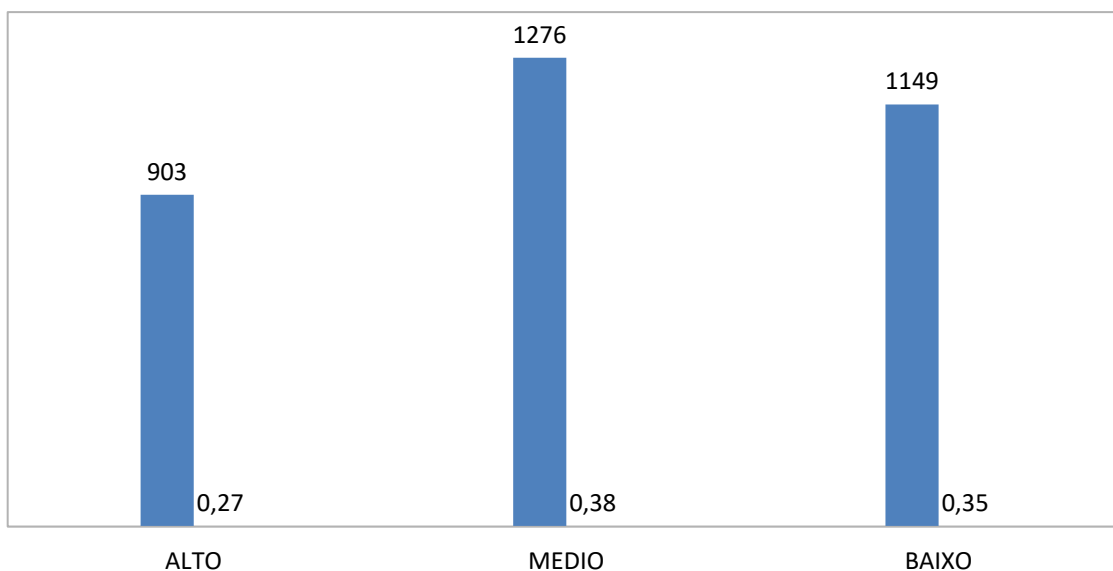
No mês de outubro foram preenchidas 3.613 avaliações, onde foi possível identificar 1.153 com risco alto, 1.338 com médio risco e 1.122 com baixo risco de queda.



Já no mês de novembro foram preenchidas 3.948 avaliações, onde foi possível identificar 1.055 com risco alto, 1.248 com médio risco e 1645 com baixo risco de queda.

Os gráficos a seguir exemplificam esses números:

Gráfico 3. Avaliação Morse (Quedas) - Setembro/2022.



22

Gráfico 4. Avaliação Morse (Quedas) - Outubro/2022.

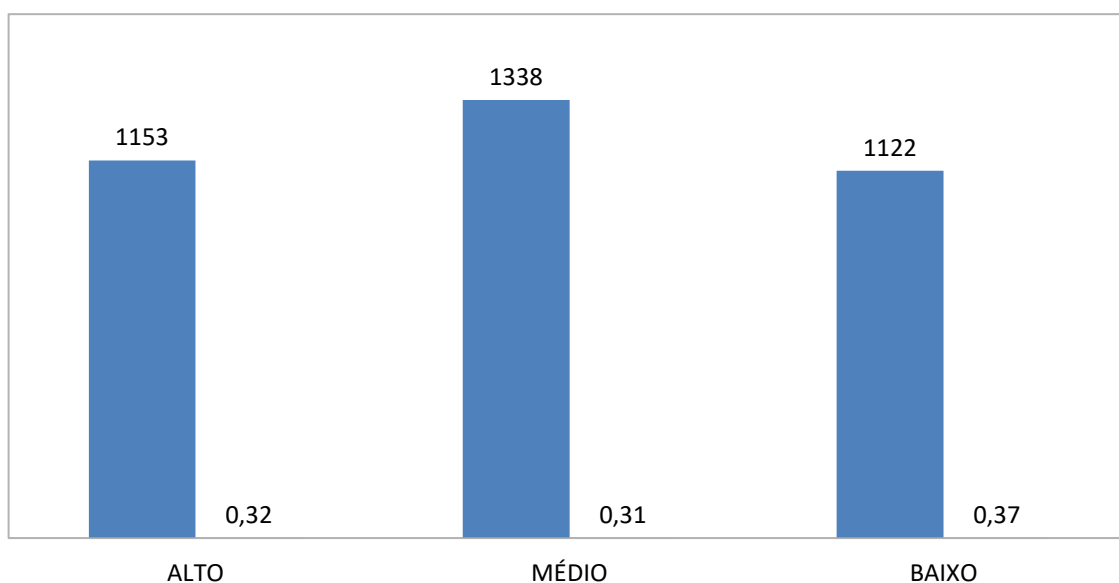
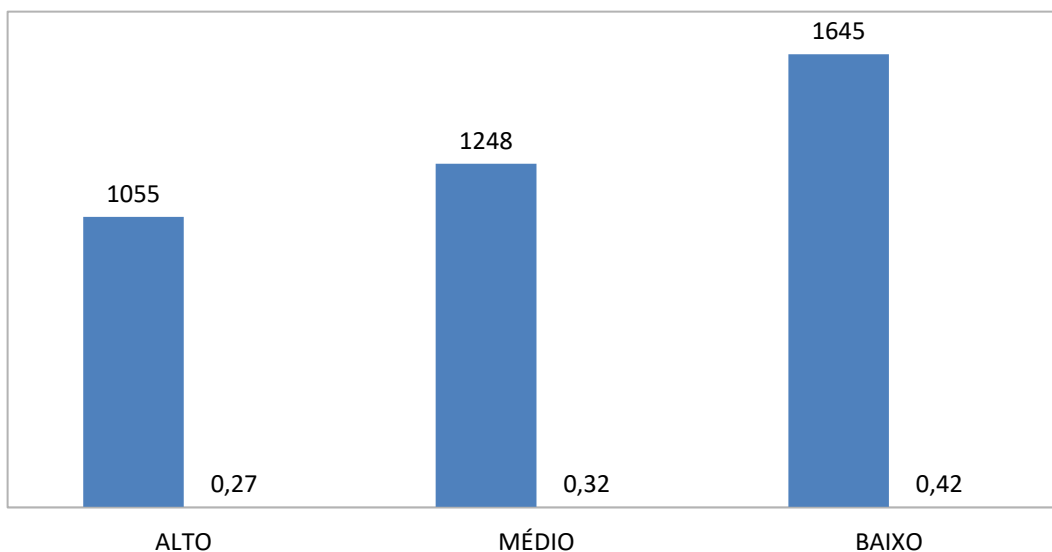


Gráfico 5. Avaliação Morse (Quedas) - Novembro/2022.



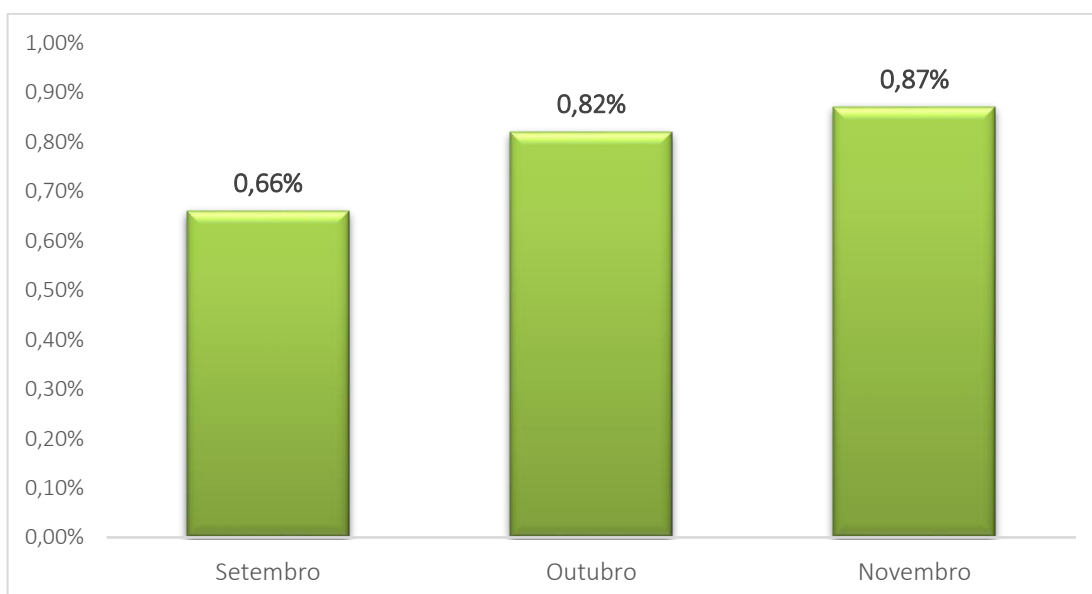
De acordo com os dados mensais monitorados, foi possível demonstrar em porcentagem as quedas do trimestre deste relatório.

23

Levando em consideração que a meta estabelecida era de 1,3, conseguimos manter abaixo no trimestre. Com isso, o índice geral do indicador indica um bom desempenho, como é possível apurar no resultado dos últimos três meses.

O gráfico abaixo descreve em porcentagem este resultado.

Gráfico 6. Índice de quedas do período de Set/2022 a Nov/2022.



1.2.2 Úlcera por pressão

O indicador de incidência de úlcera por pressão, tais lesões causam danos consideráveis aos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves; também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

A presença de lesão por pressão (LPP) causa vários problemas físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As LPPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde, pois podem trazer várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento.

Frente ao exposto, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade de prevenir a LPP em pacientes hospitalizados, por meio de ferramentas que permitam identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento deste incidente, o qual possibilita o planejamento da assistência ao paciente de acordo com sua necessidade e, assim, o profissional de saúde terá subsídios para definir estratégias adequadas para prevenir a sua ocorrência, tornando a assistência segura e livre de danos.

24

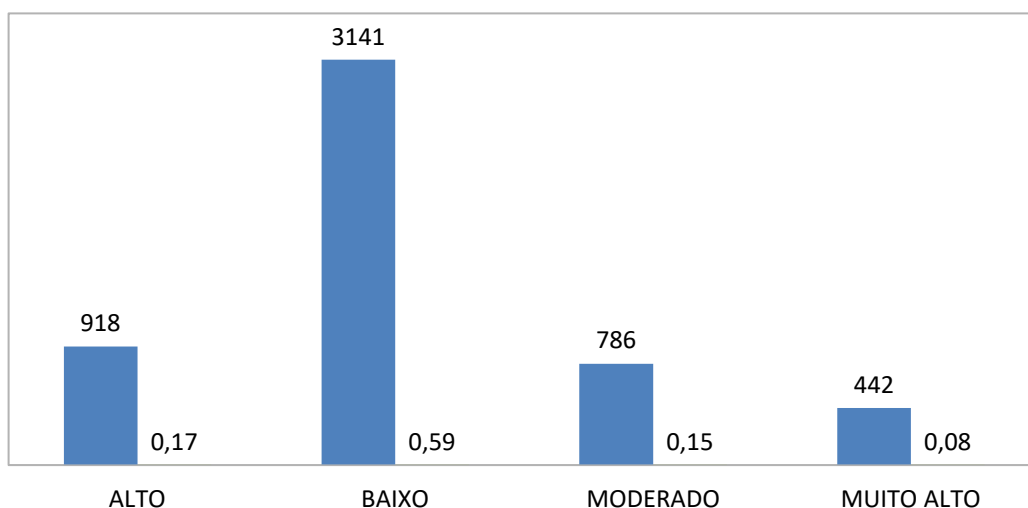
Diante da relevância deste evento a instituição implantou a realização de procedimentos que viabilizam a triagem dos pacientes no ato da admissão pelo enfermeiro através da escala de BRADEN e avaliação diária da pele dos pacientes estratificados como grau de moderado a alto para desenvolver LPP.

Nos pacientes onde a estratificação resulta em risco de moderado a alto, é realizado prescrição de enfermagem para realizar e intensificar a troca de roupas de cama sempre que necessário, não deixar o paciente com lençol molhado e enrolado para evitar lesões por cisalhamento, troca de fralda não deixar o paciente molhado por longos períodos, manter os lençóis bem esticados no leito após o banho e as trocas, realizar as mudanças de decúbito no mínimo a cada 2 horas, utilização do sistema MV para preenchimento da escala de BRADEN e prescrição de enfermagem com agilidade e facilidade de disseminar as orientações para a equipe assistencial.



Com a aplicação dessas escalas conseguimos evidenciar em números o total de pacientes avaliados pela escala de BRADEN mensalmente e o grau de risco destes pacientes.

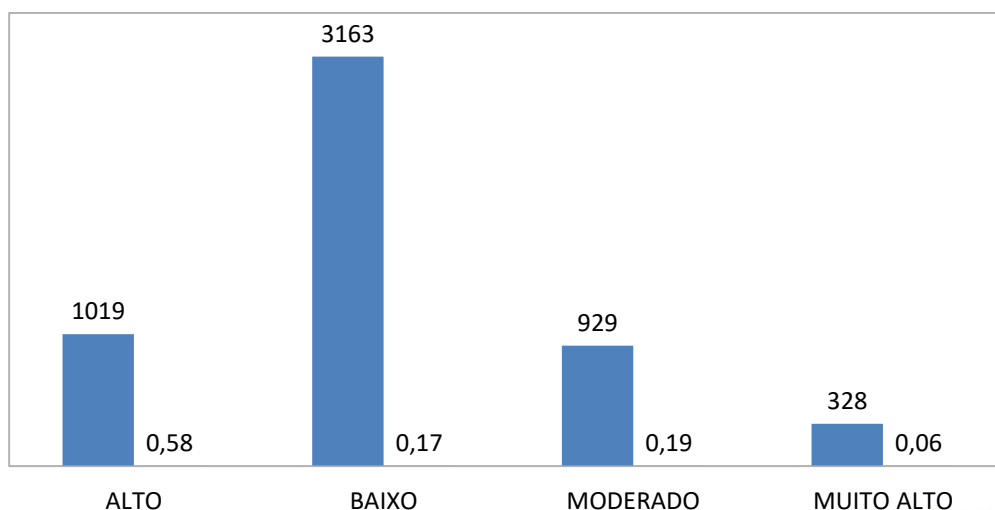
Gráfico 7. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Setembro/2022.



25

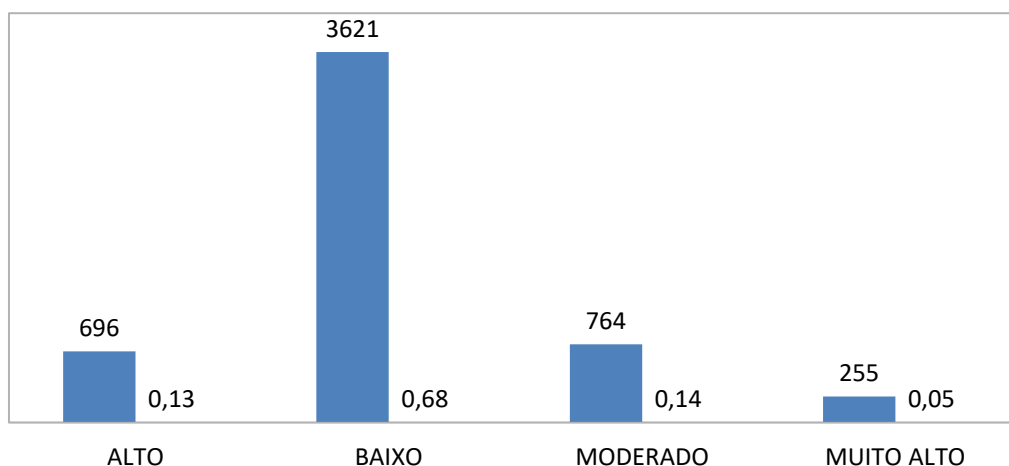
Foram preenchidas no mês de setembro 5.248 escalas de Braden, que evidenciou 1.228 pacientes com risco de moderado à muito alto para desenvolver lesões por pressão. Para esses pacientes foram aplicadas medidas de prevenção com: monitoramento diário da pele, instalação de colchão caixa de ovo, hidratação da pele, monitoramento da mudança de decúbito.

Gráfico 8. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Outubro/2022.



No mês de outubro foram preenchidas 5.439 escalas de Braden, destas 2.276 eram pacientes com risco moderado à muito alto para desenvolver lesões por pressão ou já internaram com lesões instaladas. Para esses pacientes foram aplicadas medidas preventivas e tratamentos para os pacientes que já internaram com LPP.

Gráfico 9. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Novembro/2022.

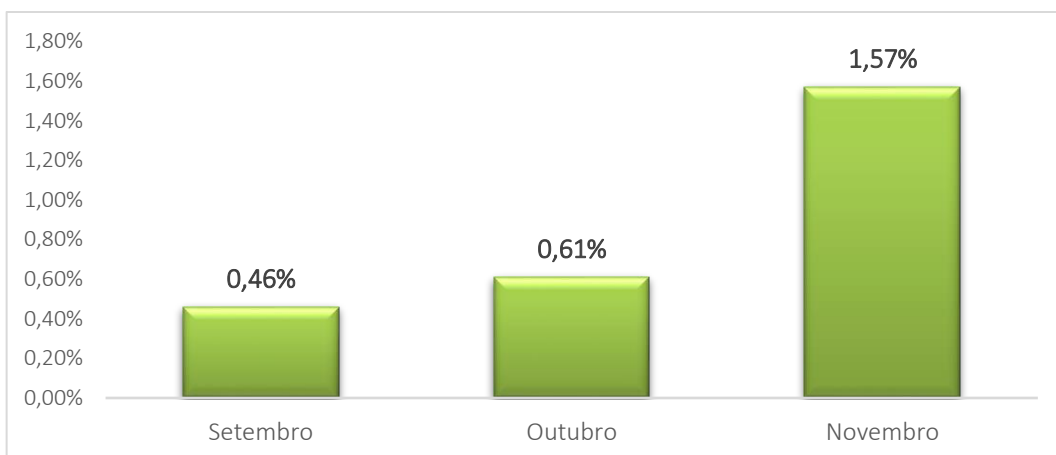


26

Já no mês de novembro foram preenchidas 5.336 escalas de Braden, destes 1.715 apresentarão risco moderado à muito alto risco para lesões. Para esses pacientes foram aplicadas medidas preventivas e tratamentos para os pacientes que já internaram com LPP.

Com isso, segue abaixo o índice de úlceras por pressão do período de três meses compreendido de Setembro a Novembro:

Gráfico 10. Úlceras por pressão no período de Set/2022 a Nov/2022.



De acordo com os dados mensais monitorados acima foi possível demonstrar em porcentagem que tivemos um aumento das LPP no mês de novembro ficando acima da meta estabelecida de 1,3. O fato se deve ao aumento de pacientes com predisposição para lesão conforme podemos evidenciar no gráfico do mês, e a gravidade dos pacientes que foram atendidos na unidade no mês.

Para isso foi traçado uma estratégia/plano de ação para mitigar e melhorar a segurança do paciente e a qualidade assistencial dos pacientes com risco.

Quadro 2. Plano de ação para melhorar a segurança do paciente e qualidade assistencial.

PLANO DE AÇÃO
Realizar diálogos diários de segurança (DDS), com a equipe de enfermagem acerca da importância dos cuidados na assistência.
Abordagem com a equipe em rodas de conversa sobre a importância da mudança de decúbito
Cuidados com a pele do paciente após o banho, e após as trocas de fralda
Uso de coxim em proeminências ósseas, Hidratação da pele, Cuidado com o cisalhamento dos lençóis
Cuidado com posicionamento e o uso dos dispositivos.

27

1.2.3 Notificação de eventos adversos

Eventos adversos são todas as circunstâncias que geram complicações indesejadas durante o cuidado ao paciente, e que não são atribuídas à evolução da doença de base, mas sim uma ocorrência imprevista, indesejada ou ofensiva à saúde do paciente dentro dos hospitais.

A notificação de eventos adversos é uma prática fundamental em qualquer instituição de saúde que busca a segurança do paciente e qualidade do serviço assistencial. Por essa razão, o Ministério da Saúde, em 2013, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para aprimorar os processos de cuidado.

Neste Programa, foi estabelecido a obrigatoriedade da implementação de um Núcleo de Segurança (NSP) em todas as instituições de saúde. Este setor é responsável pela notificação de eventos adversos e segue o padrão definido pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).



Esta configuração apresenta quatro classificações de eventos adversos, são elas:

- I. Evento adverso leve: quando o paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem necessidade de intervenções;
- II. Evento adverso moderado: quando o paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo;
- III. Evento adverso grave: quando o paciente necessita de intervenções para salvar sua vida, grande intervenção cirúrgica ou teve danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita;
- IV. Evento adverso que culminou em óbito.

O evento adverso pode ser classificado de acordo com a de Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS, cujos itens para preenchimento são:

- Tipo de incidente;
- Consequências para o paciente;
- Características do paciente;
- Características do incidente/evento adverso;
- Fatores contribuintes;
- Consequências organizacionais;
- Detecção;
- Fatores atenuantes do dano;
- Ações de melhoria;
- Ações para reduzir o risco.

28

Na maioria dos casos, os eventos adversos não causam danos permanentes nos pacientes, mas podem, em algumas situações, levar ao óbito. São fatores que favorecem o surgimento desses momentos inesperados: comorbidades, uso de drogas, idade avançada do paciente.

A instituição realizou uma reformulação e está em processo de sensibilização das equipes para incentivar as notificações. Revisão da ficha de notificação interna conforme abaixo.

Entendendo que as notificações de eventos adversos são uma oportunidade de melhoria de processos, no referente trimestre observamos 27 (vinte e sete) notificações de eventos adversos na Instituição, proporcionando a unidade desenvolver uma estratégia de trabalho para melhoria dos processos assistenciais.



Referente ao trimestre tratado, identificamos que os eventos de queda e lesão por pressão se deram ao volume de pacientes classificados com riscos elevados, que levaram a unidade a revisão dos processos e melhorias na qualidade assistencial que foi observada nos meses seguintes.

A instituição está em processo de implantação de um novo fluxo de notificação. Este novo fluxo aplica a notificação no sistema eletrônico no ato do evento, com a finalidade de viabilizar solução de forma rápida. O colaborador também tem a opção de realizar a notificação de forma física.

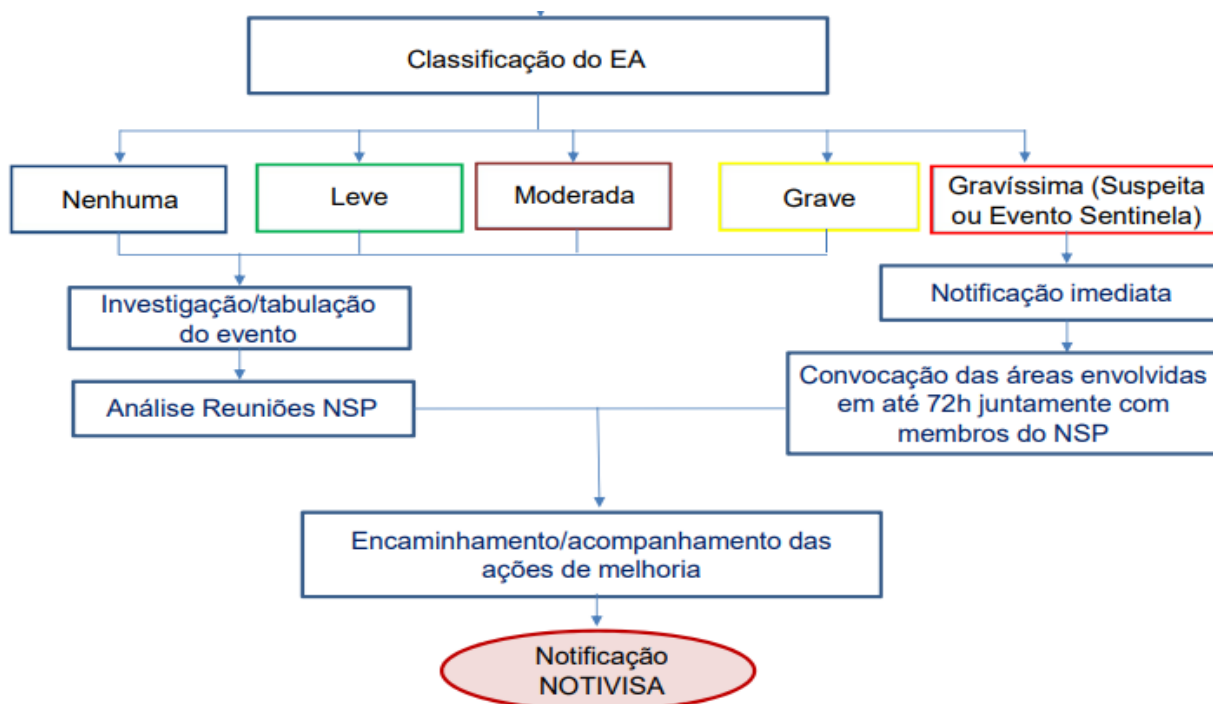
Essas notificações são captadas pelo escritório de qualidade que realiza uma triagem dos eventos e os eventos que são direcionados aos setores são discutidos com o gestor para entender a causa raiz do evento, e o desenvolvimento de propostas de melhoria do processo.

Após essa discussão, o Escritório de Qualidade identifica quais são os eventos que são de notificação ao Notivisa e quais podem ser tratados internamente.

A Figura 1 a seguir apresenta o fluxo de notificação de eventos adversos e o quadro 3 abaixo apresenta modelo de notificação de evento adverso.

29

Figura 1. Fluxo de notificação de eventos adversos.



Quadro 3. Modelo de notificação de evento adverso.

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO	
	
NOTIFICADOR: (opcional)	
DATA DA NOTIFICAÇÃO:	DATA DO EVENTO ADVERSO:
NOME PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº ATENDIMENTO:	
1 - EVENTO ADVERSO OCORRIDO	
☐ Queda ☐ Falha da identificação do paciente ☐ Broncoaspiração ☐ <u>Falha / erro de medicação - circule:</u> prescrição, dispensação, ou administração? ☐ Erro/falha em cirurgia ☐ Lesão de pele relacionada a adesivos hospitalares ☐ Dermatite associada à incontinência (DAI) ☐ Saida inadvertida/acidental de cateter Venoso Central. ☐ Complicação no acesso venoso periférico. ☐ Flebite	☐ Saida acidental de dreno ☐ Saida acidental de sonda nasocentral ☐ Lesão por pressão grau I () grau II () grau III () grau IV () ☐ Extubação acidental ☐ Remoção não programada de CVC/PICC ☐ Reinternação na UTI < 24h ☐ Evasão de paciente ☐ Perda/Extravio de Prontuário ☐ Perda da amostra biológica ☐ Troca de bolsa de sangue (paciente errado) ☐ Falha equipamento hospitalar – Tecnovigilância. ☐ Defeito qualidade medicação - farmacovigilância. ☐ OUTRO: _____
2 - PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E/OU TECNOVIGILÂNCIA	
Se defeito/falha com medicamento	Se defeito/falha com equipamento hospitalar
Nome do produto: _____	Equipamento: _____
Marca do fabricante: _____	Número de série: _____
Lote: _____	Data manutenção preventiva: _____
Validade: _____	Número de patrimônio: _____
DESCRIÇÃO DO EVENTO (O que aconteceu, data, horários, envolvidos...)	

30

1.3 Indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade

O indicador estabelecido foi taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade, com finalidade de atender a meta de cirurgia segura.

1.3.1 Cirurgia segura

Em 2007, a OMS e a Universidade de Harvard criaram o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e assumiram a liderança no estabelecimento de normas globais e padronizações para políticas públicas e práticas de segurança do paciente.

Em 2008, a assistência cirúrgica segura foi escolhida pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada em 2004, como o “Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente”.

O programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” visa melhoria da segurança e redução do número de mortes e complicações cirúrgicas por meio de quatro frentes de trabalho: prevenção de ISC, anestesia segura, equipes eficientes e mensuração de complicações ocorridas após assistência cirúrgica.

Dez objetivos essenciais foram definidos a serem alcançados por todas as equipes. Foi criada uma lista de verificação ou checklist padronizado em que estes 10 itens são abordados de forma direta ou indireta.

A ideia é que as equipes se lembrem do que realmente é importante e cobrem, umas das outras, a execução das melhores práticas. O objetivo número 6 diz respeito à prevenção de ISC: “a equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico”.

Para estas questões, existem vários itens de checagem propostos no checklist: preparo da pele do paciente no pré-operatório; tricotomia adequada; equipamentos necessários disponíveis em SO e se passaram por manutenção preventiva; antibioticoprofilático administrado até uma hora antes da incisão cirúrgica e, caso necessário, repetido no intraoperatório; esterilização de instrumental controlada; número de pessoas na sala operatória, entre outras medidas.

A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e compreendendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados. Estudo nacional realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 1999 encontrou uma taxa de ISC de 11% do total de procedimentos cirúrgicos analisados. Esta taxa atinge maior relevância em razão de fatores relacionados à população atendida e procedimentos realizados nos serviços de saúde.

As definições de procedimento cirúrgico, infecção e indicadores constituem a base que norteia o trabalho das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A utilização de definições para os procedimentos e critérios para diagnosticar uma infecção, de modo harmonizado por todos os serviços de saúde, possibilita selecionar o objeto da vigilância e



permite a comparação entre eles. Do contrário, as comissões estarão, muitas vezes, comparando de forma imprópria taxas e referências.

A despeito da homogeneidade destas definições, a interpretação dos indicadores pode ser difícil em razão de vários fatores:

1) Diferenças entre os hospitais e procedimentos, referente ao tempo de observação no período pós-operatório. Pacientes, instituições ou procedimentos que apresentam menor permanência hospitalar tenderão a apresentar cifras de infecção mais baixas devido à subnotificação inevitável e não devido ao menor risco.

2) Diversidade de procedimentos e condições subjacentes. Não é recomendada a comparação de taxas de infecção de procedimentos distintos ou taxas do mesmo procedimento, quando a condição da operação, estado clínico ou presença de fatores de risco dos pacientes varia significativamente.

3) Ausência de ajuste de risco satisfatório. Não existe forma plenamente satisfatória de corrigir os fatores de risco intrínsecos.

A avaliação de cirurgias limpas é limitada, uma vez que a condição clínica do paciente não é avaliada.

32

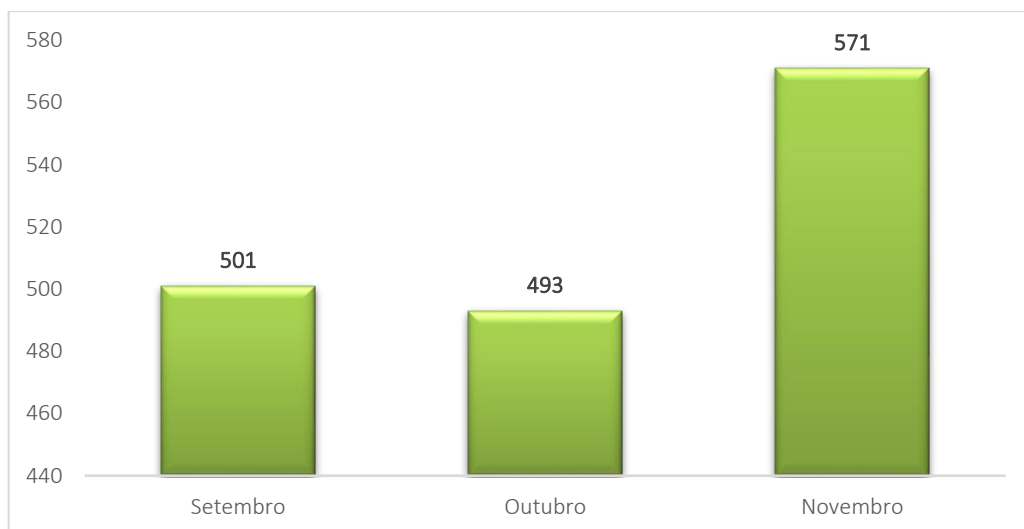
Além disto, muitos procedimentos cirúrgicos importantes no âmbito do controle de infecção não são classificados como limpos. Indicadores ajustados, mais complexos, que levam em conta diversos fatores predisponentes do paciente são de coleta, cálculo e interpretação difíceis, inviabilizando outras atuações da comissão.

O desempenho destes indicadores não é igual para todos os procedimentos cirúrgicos, uma vez que o conjunto de fatores predisponentes é diferente de acordo com a operação.

Referente ao ano de 2022 (nos meses de setembro /outubro / novembro), a SCBM teve os seguintes números de intervenção cirúrgicas:



Gráfico 11. Número de intervenções cirúrgicas nos últimos três meses.



Conforme demonstrado anteriormente a instituição realiza anualmente uma média de 5 mil procedimentos cirúrgicos, volume este que justifica um acompanhamento dos desfechos destes pacientes com objetivo de oferecer uma assistência segura.

As infecções de sítio cirúrgico (ISC) são consideradas eventos adversos (EA) frequentes, decorrentes da assistência à saúde aos pacientes, podendo resultar em dano físico, social e/ou psicológico ao indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente. Além disso, podem prolongar a estadia do paciente, em média, de sete a onze dias, aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais, além de elevar os gastos assistenciais com o tratamento.

Abaixo apresentaremos uma tabela com nossos dados correlacionando nossas infecções cirúrgicas no trimestre X especialidade cirúrgica:

Tabela 1. Infecções cirúrgicas no trimestre X especialidade cirúrgica.

Mês	Especialidade	Núm. Infecção	Taxa Infecção
Setembro	Ortopedia	1	2,98%
Outubro	-	0	0%
Novembro	-	0	0%

Acompanhando nossos resultados internos, observamos que nosso cenário é bem favorável diante do total de número de procedimentos cirúrgicos mensal no hospital. Diante desta importância no atendimento aos nossos pacientes cirúrgicos, a SCBM implantou um protocolo de prevenção de infecção de sítio cirúrgico com as principais diretrizes e recomendações de medidas preventivas que são utilizadas no hospital.

As classificações por potencial de contaminação de cirurgia são diversas e podem ser classificadas como segue:

a) Cirurgia Limpa

Realizada em tecidos estéreis ou passíveis de contaminação. Não há abordagens de vísceras ocas. Sítio cirúrgico onde não é encontrado inflamação e não há quebra de barreira.

b) Cirurgia Potencialmente contaminadas

Há abordagem de cavidade oca, como tratos digestivos, respiratório e orofaríngeos e genitourinário (sem presença de cultura positiva). Herniorrafias com presença de inflamação, mas sem sinais de infecção.

c) Cirurgias Contaminadas

Feridas traumáticas recentes (menos de 6 horas abertas). Manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectada.

Cirurgias com presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo.

d) Cirurgias Infectadas

Evidenciado durante a cirurgia com presença de secreção purulenta, tecido desvitalizado. Feridas traumáticas com atraso de tratamento (Mais de 6 horas).

O paciente cirúrgico passível de vigilância epidemiológica de rotina pode ser definido pelo tipo de cirurgia, como segue:

a) Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde

Paciente submetido a um procedimento dentro do centro cirúrgico, que consista em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades.



b) Cirurgia ambulatorial

Paciente submetido a um procedimento cirúrgico em regime ambulatorial (hospital-dia) ou com permanência no serviço de saúde inferior a 24 horas que consista em, pelo menos, uma incisão e uma sutura, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades.

c) Cirurgia endovascular

Paciente submetido a um procedimento terapêutico realizado por acesso percutâneo, via endovascular, com inserção de prótese, exceto stents.

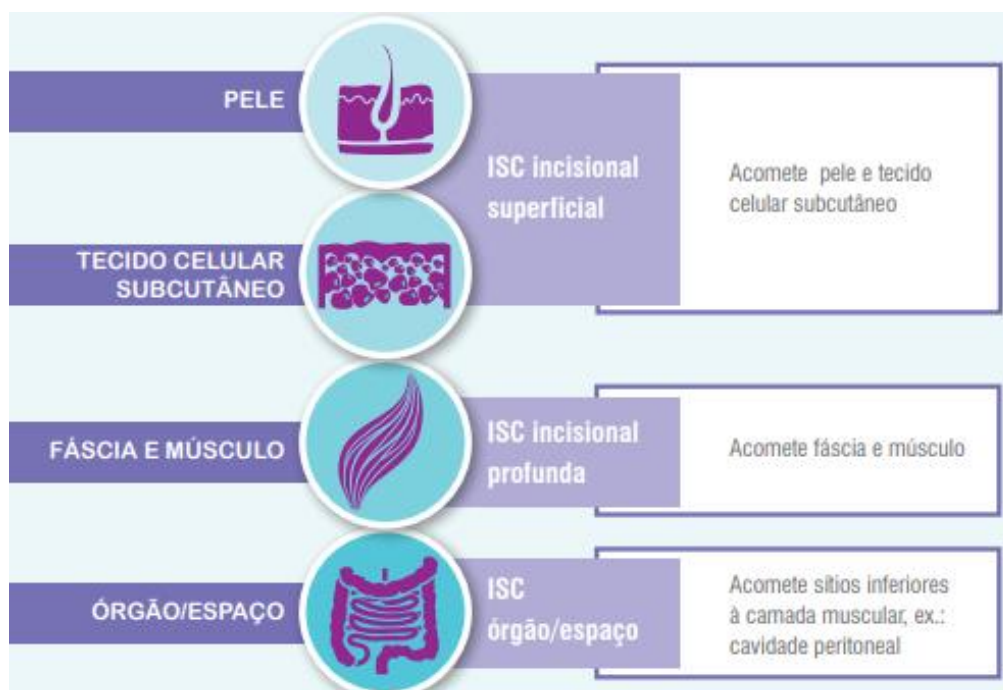
d) Cirurgia endoscópica com penetração de cavidade

Paciente submetido a um procedimento terapêutico, por via endoscópica, com manipulação de cavidade ou víscera através da mucosa. Estão incluídas aqui cirurgias transgástricas e transvaginais (NOTES), cirurgias urológicas e cirurgias transnasais.

As infecções do sítio cirúrgico (ISC) para cirurgias em pacientes internados e ambulatoriais são infecções relacionadas aos procedimentos cirúrgicos descritos acima, sendo classificadas conforme os planos acometidos ilustrados na figura 2 e definidas de acordo com os critérios dos quadros 4 e 5.

35

Figura 2. Classificação de infecção do sítio cirúrgico.



Quadro 4. Classificação e critérios definidores de infecção cirúrgica.

INCISIONAL SUPERFICIAL ISC – IS	Critério: • Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve apenas pele e subcutâneo. Com pelo menos 1 (um) dos seguintes: • Drenagem purulenta da incisão superficial; • Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por <i>swab</i>); • A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, EXCETO se a cultura for negativa; Diagnóstico de infecção superficial pelo médico assistente. Obs.: • No caso de cirurgia oftalmológica conjuntivite será definida como infecção incisional superficial. Não notificar mínima inflamação e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura.
INCISIONAL PROFUNDA ISC – IP	Critério: • Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até UM ano, se houver colocação de prótese, e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos). Com pelo menos UM dos seguintes: • Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade; • Deiscência parcial ou total da parede abdominal ou abertura da ferida pelo cirurgião, quando o paciente apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dor ou aumento da sensibilidade local, exceto se a cultura for negativa; • Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem; • Diagnóstico de infecção incisional profunda pelo médico assistente.
ÓRGÃO / CAVIDADE ISC – OC	Critério: • Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até UM ano, se houver colocação de prótese, e envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia. Com pelo menos UM dos seguintes: • Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente; • Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem; • Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente. Obs.: • Osteomielite do esterno após cirurgia cardíaca ou endoftalmite são consideradas infecções de órgão/cavidade. • Em pacientes submetidos a cirurgias endoscópicas com penetração de cavidade, serão utilizados os mesmos critérios de infecção do sítio cirúrgico do tipo órgão-cavidade. • Não há, até o momento, critérios que permitam separar infecção ascendente do trato urinário, de infecção urinária como expressão secundária de infecção em cirurgia urológica. • NÃO considerar que a eliminação de secreção purulenta através de drenos seja necessariamente sinal de ISC-OC. Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas podem sugerir infecção.

36

No caso da infecção envolver mais de um plano anatômico, é necessário notificar apenas o sítio de maior profundidade. Outra observação importante é que se considera prótese todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (por exemplo válvula cardíaca protética, transplante vascular não-humano, coração mecânico ou prótese de quadril), exceto drenos cirúrgicos.



Quadro 5. Sítios específicos de ISC/OC.

Descrição	Sigla
Osteomielite	OSSO
Mastite ou abscesso de mama	MAMA
Miocardite ou pericardite	CARD
Conjuntivite	CONJ
Espaço do disco	DISC
Ouvido, mastóide	OVDO
Endometrite	EDMT
Endocardite	ENDO
Olhos (exceto conjuntivite)	OLHO
Trato gastrointestinal	TGI
Intra-abdominal, não especificada em outro local	IAB
Intracraniana, abscesso cerebral ou dura-máter	IC
Articulação ou bolsa	ARTI
Outras infecções do trato respiratório inferior	PULM
Mediastinite	MED
Meningite ou ventriculite	MEN
Cavidade oral (boca, língua ou gengivas)	ORAL
Outras do aparelho reprodutor masculino ou feminino	OREP
Outras infecções do trato urinário	OITU
Abscesso medular sem meningite	AMED
Sinusite	SINU
Trato respiratório superior	TRSU
Infecção arterial ou venosa	VASC
Cúpula vaginal	CUPV

37

Quadro 6. Definição de infecções do sítio cirúrgico para cirurgias endovasculares.

INFECÇÃO DO SÍTIO DE ENTRADA	Critério: - Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve apenas pele e subcutâneo do sítio de inserção percutânea da prótese endovascular. Com pelo menos UM dos seguintes: - Drenagem purulenta da incisão superficial; - Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por <i>swab</i>); - Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor ou aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor e a incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião, exceto se a cultura for negativa; - Diagnóstico de infecção superficial pelo médico assistente.
-------------------------------------	---

INFECÇÃO DA PRÓTESE	Critério: • Inserção percutânea de prótese endovascular até UM ano após a inserção. Com pelo menos UM dos seguintes: • Diagnóstico pelo cirurgião. • Cultura positiva de secreção periprótese ou fragmento da prótese ou parede vascular. Exame histopatológico da parede vascular com evidência de infecção. • Hemocultura positiva (02 amostras para patógenos da pele ou 01 amostra para outros agentes, excluídas outras fontes). • Evidência de infecção em exames de imagem (ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, cintilografia ou tomografia por emissão de pósitrons (PETscan). • Êmbolos sépticos à distância, na ausência de outra fonte de infecção. • Sinais clínicos e/ou laboratoriais de infecção associados à fistula da prótese, hemorragia secundária, rompimento da prótese, trombose, fistula para pele com sangramento persistente, fistulas para outros órgãos ou pseudoaneurisma (massa palpável pulsátil). Obs.: • Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas podem sugerir infecção.
-----------------------------------	--

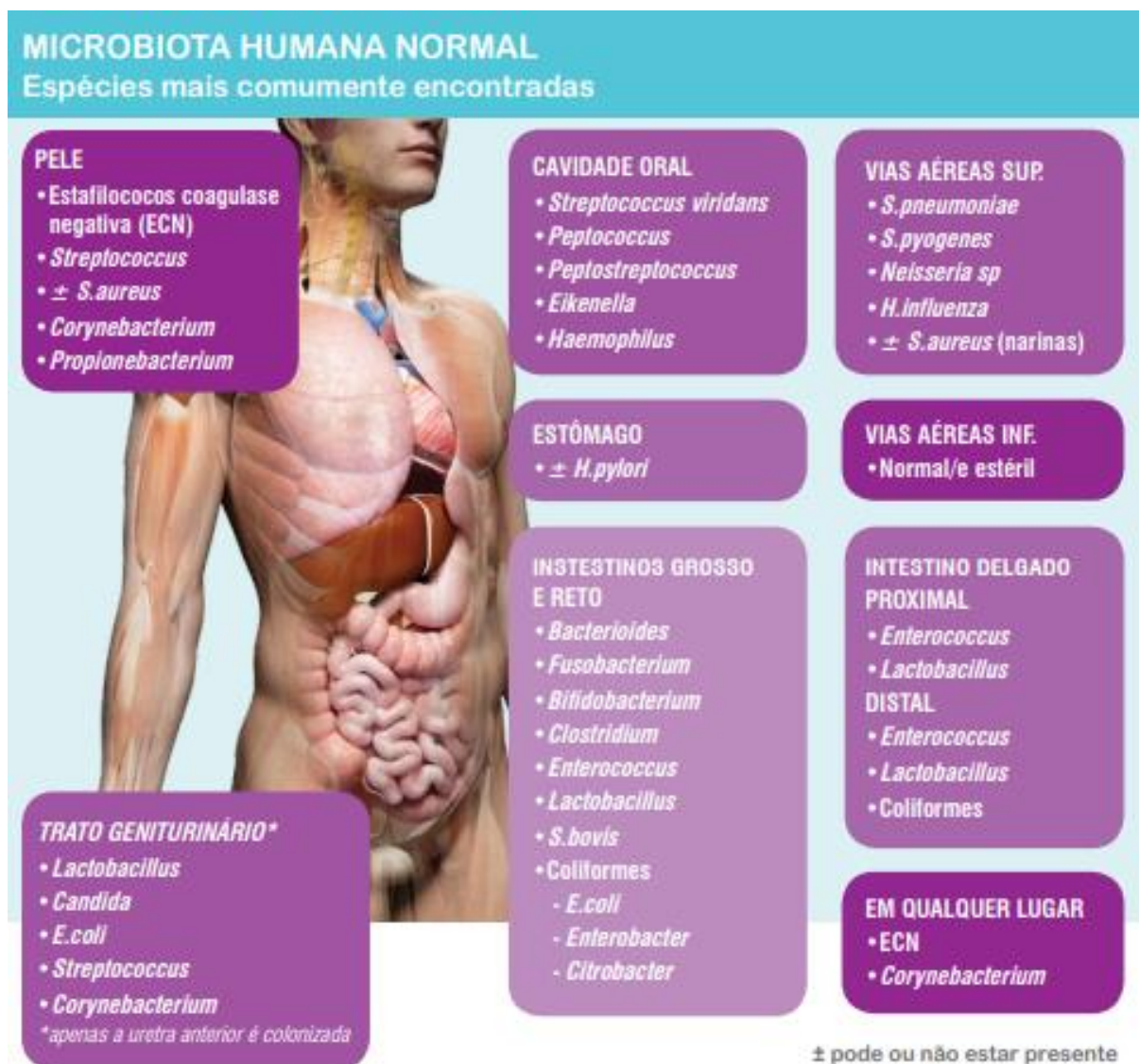
As principais fontes de microrganismos que podem contaminar os tecidos manipulados durante a cirurgia e favorecer o desenvolvimento da ISC são endógenas, isto é, são provenientes do próprio paciente.

Estes patógenos na maioria dos casos pertencem à própria microbiota do paciente. Menos frequentemente, estes microrganismos atingem o sítio operatório a partir de alguma infecção que o paciente esteja apresentando durante a cirurgia.

Os microrganismos mais frequentemente isolados nas ISC são os que compõem a microbiota do paciente, principalmente aqueles que compõem a microbiota da pele e do sítio manipulado. Desta forma os cocos Gram-positivos presentes na pele (por exemplo: *Staphylococcus coagulase negativa* e *Staphylococcus aureus*) são os agentes mais comuns em cirurgias limpas e as bactérias Gram-negativas e anaeróbias estão presentes em ISC após procedimentos contaminados ou potencialmente contaminados.

As fontes exógenas de microrganismos também são importantes e podem estar relacionadas à equipe cirúrgica (ex. sujidade nas vestimentas, quebras na técnica asséptica, degermação cirúrgica ou higiene das mãos inadequadas, excesso de pessoas na sala), ao ambiente (ventilação e espaço físico), a equipamentos, a instrumentais e a outros materiais que tenham contato ou estejam próximos ao campo cirúrgico.

Figura 3. Espécies mais comumente encontradas na microbiota humana normal.



Já foram citadas possíveis fontes para contaminação da ferida operatória e desenvolvimento da ISC, porém a seguir há, de forma resumida e esquemática, os fatores de risco relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico e aos microrganismos, que podem contribuir para a ocorrência desta complicação infecciosa

Figura 4. Fatores de risco para ISC.

Paciente	Procedimento	Microrganismo
• Idade	• Degermação cirúrgica das mãos	• Colonização prévia*
• Obesidade	• Potencial de contaminação da ferida	• Virulência
• Desnutrição	• Duração da cirurgia	• Aderência
• Estadia pré-operatória prolongada	• Cirurgia de urgência	• Inóculo
• Infecção à distância	• Remoção dos pelos*	
• Neoplasia	• Preparo inadequado da pele do paciente*	
• Controle glicêmico inadequado*	• Profilaxia cirúrgica inadequada*	
• Imunossupressão	• Contaminação intraoperatória*	
• Classificação ASA	• Cirurgia prévia	
• Comorbidades	• Hemostasia deficiente	
	• Cirurgia colorretal*	
	Preparo inadequado do cólon	
	Hipotermia	
	• Excesso de pessoas na sala*	
	• Ausência ou inadequação do protocolo de curativos*	
	• Oxigenação*	

Os fatores de risco destacados em vermelho são passíveis de intervenção, ou seja, podem ser modificados e constituem-se no alvo das medidas preventivas que serão discutidas a seguir.

*Fatores de risco MODIFICÁVEIS

1.3.2 Medidas preventivas adotadas na SCBM

- 1) Antibioticoprofilaxia
 - Indicação apropriada;
 - Escolher a droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado;
 - Administrar dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica:
 - Vancomicina e Ciprofloxacina: iniciar infusão 1 a 2 horas antes da incisão;
 - Atenção especial em relação ao uso de torniquetes (administrar a dose total antes de insuflar o torniquete);
 - Descontinuar em 24 horas;
 - Ajustar a dose para pacientes obesos;
 - Repetir as doses em cirurgias prolongadas;
 - Combinar administração via intravenosa (IV) e via oral (VO) de antimicrobiano para cirurgia colorretal.

- 2) Tricotomia
 - Realizar somente quando necessário;
 - Não utilizar lâminas.
- 3) Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato
 - Objetivo: níveis glicêmicos <180 mg/dl.
- 4) Manutenção da normotermia em todo perioperatório
 - Objetivo: $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$.
- 5) Otimizar a oxigenação tecidual no peri e pós-operatório
- 6) Utilizar preparações que contenham álcool no preparo da pele
 - Altamente bactericida, ação rápida e persistente (preparações alcoólicas com clorexedina ou iodo).
- 7) Utilizar protetores plásticos de ferida para cirurgias do trato gastrointestinal e biliar;
- 8) Realizar vigilância por busca ativa das ISC
 - Observar as tendencias mostradas nos dados e realizar correções de processo, caso necessário;
 - Divulgar resultados da vigilância para equipes cirúrgicas e direção, visando à melhoria da qualidade (sempre respeitando a privacidade dos profissionais).
- 9) Educar pacientes e familiares sobre medidas de prevenção de ISC.

41

I. Abordagens especiais

- Investigação de portadores nasais de *Staphylococcus aureus* (OXA-S e OXA-R) no pré-operatório de procedimentos de alto risco: cirurgia cardíaca, ortopédica (implantes).
- Descolonização dos portadores nasais que serão submetidos a procedimentos de risco: Mupirocina intranasal (apresentação própria para uso nasal) + banho de clorexedina por 5 dias (2x/d).
- Atualização constante dos processos no Centro Cirúrgico (CC) e Centro de Material e Esterilização (CME).
- Atualização constante das práticas pós-anestésicas.
- Cuidados rigorosos com ferida cirúrgica.
- Cuidados com drenos.
- Atualização constante da técnica de higiene das mãos.



II. Abordagens não recomendadas

- Utilizar vancomicina como droga profilática rotineiramente;
- Postergar a cirurgia para prover nutrição parenteral;
- Utilizar suturas impregnadas com antissépticos de rotina;
- Utilizar curativos impregnados com antissépticos de rotina.

1.4 Indicador de taxa de erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Dentre esses eventos referidos anteriormente os associados a medicamentos são aqueles que se destacam não só pela potencialidade na prevenção, como também pela gravidade quando da sua incidência. Dados dos Estados Unidos corroboram com essa afirmativa quando elencam que anualmente morrem no país 7000 americanos em decorrência de erros medicamentos. Isso corresponde aproximadamente a um evento, por dia, por paciente. Isso implica em um aumento considerável nos custos relacionados ao sistema de saúde.

42

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (do paciente medicativos), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

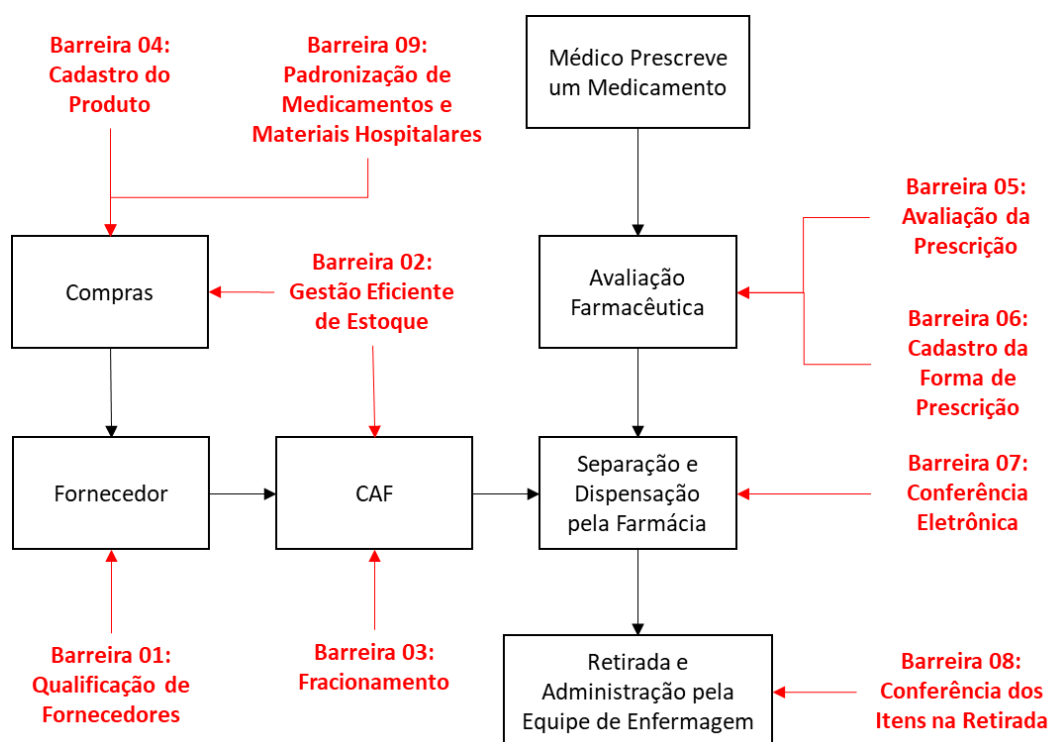
No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados Pubmed em 10 de abril de



2013, utilizando os termos “medicativo erros” e “Brasil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

Em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução RDC Nº 36/13, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Essa resolução traz a obrigatoriedade do cumprimento das metas de segurança para serviços de saúde, incluindo hospitais filantrópicos, onde se enquadra a instituição SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA. Dentre as metas, destaca-se aqui a meta *segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos*.

Figura 5. Resumo das Principais Barreiras para a Dispensação Segura de Medicamentos na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa.



O setor de farmácia da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA é constituído pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e duas Farmácias Satélites, sendo uma localizada no setor de pronto socorro e a outra localizada no centro cirúrgico da instituição.



A equipe é composta por 48 Colaboradores, sendo: 01 Farmacêutico Responsável Técnico, 01 Supervisor Administrativo, 01 Analista de Estoque, 02 Assistentes Administrativos, 05 Conferentes, 04 Farmacêuticos Plantonistas e 34 Auxiliares Administrativos.

Esta equipe movimenta aproximadamente 850 mil itens por mês, entre medicamentos e materiais hospitalares, que impactam direta ou indiretamente nos resultados das equipes assistenciais.

Desta forma, algumas barreiras foram implementadas pela coordenação de farmácia, em parceria com o escritório de qualidade e o núcleo de segurança do paciente, com a finalidade de evitar erros na aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e administração de medicamentos e materiais hospitalares. O principal objetivo deste documento é descrever essas barreiras.

1.4.1 Padronização

Todos os medicamentos e materiais hospitalares utilizados são previamente selecionados por uma comissão multidisciplinar, composta pelos coordenadores médicos, nutrição, farmácia, enfermagem, e setores administrativos e financeiros da instituição.

O objetivo desta comissão é fazer uma análise prévia dos medicamentos e materiais hospitalares necessários para a prestação dos serviços, utilizando critérios como indicação clínica, efetividade, segurança e farmacoeconomia (custo x benefício). Hoje a instituição conta com 366 medicamentos e 503 materiais hospitalares padronizados.

A aquisição de medicamentos e/ou materiais hospitalares que não estejam padronizados pela instituição deverão ser justificados clinicamente pelo prescritor e analisados pela comissão de padronização, pelos mesmos critérios definidos acima: indicação clínica, efetividade, segurança e farmacoeconomia (custo x benefício).

44



Figura 6. Prescrição Eletrônica de Medicamento Não Padronizado que exige Justificativa Clínica.

The screenshot shows the 'Prescrição de Quimioterapia' tab. The main form is for 'C.C. CEFTRIAXONA SODICA 1GR FA'. It includes fields for 'Quantidade' (2), 'Unidade' (AMP C/1GR), 'Forma de aplicação' (IV- INTRAVENOSO EM INFUSÃO), and 'Frequência' (AS 14:00HS - AS 14:00HS). The 'Justificativa' field is filled with 'LEUCOCITOSE/ QUADRO INFECCIOSO A ESCLARECER'. The 'Ind. Clínica' field is filled with 'PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA AVANÇADA'. Below the main form, there is a section for 'Componentes' with a warning: 'AVISO(S): Exigência de justificativa para ser prescrito.' The components list includes 'AGUA DESTILADA 10ML', 'CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML', 'SERINGA DESC. 20ML S/AG', and 'AGULHA DESCARTAVEL 40X1,2 - DILUIÇÃO', each with its own quantity and unit fields.

1.4.2 Cadastro dos itens

Uma vez padronizado, o item é cadastrado no Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) exclusivamente pelo farmacêutico responsável técnico da farmácia. Neste cadastro são informados todas características dos medicamentos: nome do(s) ativo(s), classe e subclasses terapêuticas, dosagens/concentrações, forma farmacêutica, vias de administração, possíveis interações com alimentos e outras medicações, formas de diluição, entre outras.

45

Figura 7. Cadastro de Produtos.

The screenshot shows the 'Cadastro: Produtos - V: 1.26' form. It includes fields for 'Código', 'Descrição do Produto', 'Descrição Resumida', 'Referência', 'Complemento', 'KIT', 'Mestre', 'Tipo de Produto', 'OPMENEXO', 'Produto Mestre (Genérico)', 'Unidade', 'Descrição da Unidade', 'Sexo', 'Cód. Sial / Siagem / Sialtem', 'Espécie', 'Descrição da Espécie', 'Classe', 'Descrição da Classe', 'Subclasse', 'Descrição da Subclasse', 'Curva ABC', 'Lote', 'Validade', 'Série', 'Registro Anvisa', 'Etiqueta', 'Não Utilizar', 'Medicam.', 'Carater', 'Irritante', 'Rouparia', 'Acondicionado em geladeira', 'Lista', 'Controlado', 'Moviment.', 'Bloqueia', 'Padronizado', 'Descrição Comercial', 'Atividade', 'Descrição da Atividade', 'Procedimento de Faturamento', 'Divisor Fatur.', 'Procedimento de Faturamento SUS', 'Cód. Corporativo'. Below the form, there is a table with columns: 'Unidade', 'Estoque', 'Especificação', 'Substituição', 'Portaria', 'Fabricantes', 'Empresas', 'Adicionais', 'Produto Estabilidade', 'Natureza de Despesa', 'Substância'. The table has one row with the following data: 'Unid.', 'Descrição', 'Fator', 'Relatórios', 'Ativo', 'Presc.', 'Qtde Ult. Ent.', 'Vi Ult. Ent.', 'Vi Real Ult. Entr', 'Custo Medio', 'Repre. ML'. The 'Ativo' column has a value of 'Sim' and the 'Presc.' column has a checked box.



Além do cadastro dos itens, o Farmacêutico Responsável Técnico realiza a configuração das formas de prescrição de cada item no prontuário eletrônico do paciente. Neste cadastro são incluídas as seguintes informações:

- 1) Descrição do item, com as respectivas dosagens e/ou concentrações e formas farmacêuticas;
- 2) Unidade de prescrição com as respectivas vias de administração;
- 3) Forma de preparo das diluições, quando for o caso;
- 4) Profissionais habilitados para prescrever aquele item, de acordo com o seu Conselho Profissional;
- 5) Interações Medicamentosas, quando for o caso;
- 6) Se o item é padronizado ou não na instituição;
- 7) Se o item exige justificativa clínica ou não para ser prescrito;
- 8) Componentes que fazem parte da prescrição (kits de acesso, diluentes, etc.).

Figura 8. Cadastro de Itens de Prescrição.

46

O objetivo destes cadastros prévios é garantir a segurança em todas as etapas do processo, da aquisição à dispensação:

- a) **Compra correta:** Produtos especificados de forma correta;
- b) **Prescrição Correta:** Descrição, dosagens, unidades e formas farmacêuticas, completas do item, evitando falhas pelo uso de nomes comerciais, códigos, siglas ou abreviaturas.
- c) **Administração Correta:** Via de administração cadastrada para cada apresentação, alertas de interações entre medicamentos ou entre medicamentos e alimentos.

1.4.3 Qualificação de fornecedores

Os fornecedores de medicamentos e materiais hospitalares (distribuidores e transportadores) devem preencher alguns requisitos de qualidade estipulados pela ANVISA para o seu funcionamento (Resolução RDC ANVISA Nº 430/2020).

A qualificação de fornecedores é um processo contínuo, realizado pela equipe do setor de farmácia e supervisionado pelo farmacêutico responsável técnico, que tem como objetivo verificar, a cada entrega, se o fornecedor e os produtos entregues por ele estão dentro dos padrões exigidos pela ANVISA. Os critérios a serem avaliados são:

- i. Condições do veículo de entrega;
- ii. Controle da temperatura no transporte dos medicamentos;
- iii. Organização das mercadorias no transporte;
- iv. Apresentação pessoal do entregador;
- v. Condições físicas das embalagens.
- vi. Documentação em dia;
- vii. Certidão de Regularidade Técnica (CRF);
- viii. Cartão CNPJ;
- ix. Alvará de Localização e Funcionamento ou equivalente;
- x. Alvará Sanitário Municipal/Estadual;
- xi. Produtos entregues no prazo;
- xii. Produtos entregues de acordo com o solicitado (qualidade, quantidade, lote e validade);
- xiii. Se o produto apresentou algum desvio de qualidade durante o seu uso e ou administração.

Sempre que algum fornecedor é reprovado em algum dos itens, o farmacêutico responsável técnico notifica este fornecedor para que ele possa tomar as medidas corretivas necessárias. Fornecedores que apresentarem recorrência na reprovação são desqualificados para novas compras até que comprovem, de forma documentada, que analisaram e corrigiram o processo que gerou a reprovação.



Figura 9. Formulário de Qualificação de Fornecedores.

 SantaCasa DESDE 1859 Barra Mansa		"A tradição de cuidar, vivendo novos tempos".		SETOR FARMÁCIA
FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES				
Fornecedor:			Data Entrega:	
NFe:		Série:	Data Emissão:	
Descrição	C	NC	Observação	
RECEBIMENTO	Veículo de Entrega em Boas Condições <i>Higienizados, Isentos de Resíduos de Alimentos e Materiais (Caixas, Sacos, Palha, Etc.)</i>			
	Temperatura Controlada no Transporte <i>Ambiente: 15º a 30ºC; Refrigerado: 2º a 8º C; Freezer: -20ºC a 0ºC</i>			
	Mercadorias Armazenadas de Forma Organizada no Transporte			
	Entregador Devidamente Uniformizado <i>Uniforme limpo, sapatos fechados, boas condições de higiene e identificado por crachá</i>			
	As Embalagens Externas estão intactas			
FARMÁCIA	Cartão CNPJ Atualizado			
	Alvará de Localização e Funcionamento Atualizado			
	Autorização de Funcionamento ANVISA (AFE)			
	Autorização Especial (AE), quando for o caso			
	Certidão de Regularidade Técnica do Ano Vigente (CRF) <i>Ou Certidão do Ano Anterior + Protocolo de Renovação</i>			
	Alvará Sanitário do Ano Vigente <i>Ou Alvará do Ano Anterior + Protocolo de Renovação</i>			
	Mercadorias Entregues dentro do Prazo Estipulado			
	Produtos Entregues de acordo com a Especificação das Compras			
	Quantidades Entregues de acordo com a Solicitação de Compras			
ENFERMAGEM	Lotes e Validades em Conformidade entre o Físico e a Nota			
	Desvios de Qualidade Decorrente do Uso			
	Descrição da Queixa: _____ _____ _____			

2.4.4 Recebimento

No ato do recebimento das mercadorias, os responsáveis do setor devem avaliar as condições de transporte, dos produtos e dos documentos relacionados com a entrega. Os critérios a serem avaliados são:

- Se o medicamento foi entregue pelo fornecedor ou empresa terceirizada devidamente licenciada para realizar o transporte de medicamentos e materiais hospitalares;
- Se o entregador está devidamente uniformizado e identificado com crachá da empresa responsável pelo transporte;

- c) Se os medicamentos foram transportados acondicionados de maneira organizada, em ambiente limpo, e separado outros tipos de produtos que não sejam medicamentos e/ou materiais hospitalares;
- d) Se os medicamentos foram transportados ao abrigo da luz, do calor, e da umidade, com a temperatura e umidade do local de transporte monitorada e registrada durante todo o trajeto: de 2°C a 8°C para produtos termolábeis e de 15°C a 30°C para demais produtos;
- e) Se as embalagens estão intactas e limpas;
- f) Se os itens entregues estão de acordo com a nota fiscal do fornecedor e com a solicitação de compras, incluindo a especificação dos itens, quantidades, lotes e validades;
- g) Se todos os itens entregues estão devidamente licenciados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Após a verificação destes critérios, a nota é inserida no sistema e os produtos são encaminhados, juntamente com o documento de entrada para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), onde o conferente reavalia os itens “e”, “f” e “g”.

49

Qualquer divergência encontrada é relatada ao farmacêutico responsável técnico e os itens retornam para o setor de recebimento, no regime de quarentena, para as devidas ações corretivas a serem realizadas pelo fornecedor.

Caso esteja tudo em conformidade entre a solicitação e os produtos entregues, os itens são acondicionados na CAF, conforme descrito no item 2.4.5 adiante (armazenamento e distribuição), levando em conta o sistema de PEPS/FIFO (o Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai).

1.4.4 Fracionamento

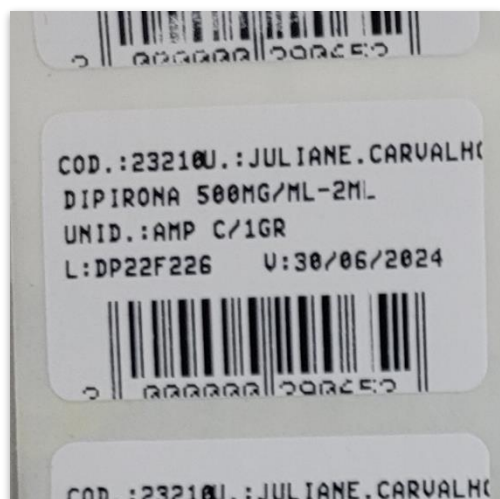
O processo de fracionamento é parte fundamental para a segurança do tratamento medicamentoso. Ele permite que seja enviada a quantidade exata do medicamento que o paciente precisa, evitando desperdícios e a administração de dosagens erradas. Esse processo também permite a execução de outro processo de segurança, que é a bipagem eletrônica.

O processo de fracionamento é realizado em um medicamento e em um lote por vez, para garantir a segurança do processo e evitar erros no processo.



Quando um lote de um determinado medicamento é encaminhado para o fracionamento, o sistema de gestão informatizado imprime uma quantidade de etiquetas igual à quantidade daquele item (e lote) em estoque. Trata-se de uma barreira para evitar que etiquetas impressas a mais ou a menos induzam ao erro.

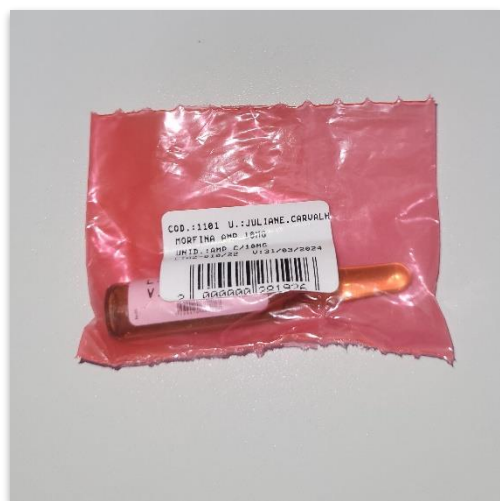
Figura 10. Processo de fracionamento na farmácia (CAF).



Etiqueta de Fracionamento
Dipirona 500mg/ml – Ampola 2ml



Medicamento Fracionado e Etiquetado em
Embalagem Individual



Etiqueta de Fracionamento
Medicamento de Alta Vigilância



Estoque de Medicamentos Fracionados e Prontos
para Uso

Cada unidade daquele medicamento é acondicionada em uma embalagem individual e recebe uma etiqueta de identificação, com nome do medicamento, dosagem/concentração, lote, validade, código de barras para bipagem (ver mais adiante), e o nome do usuário

responsável pelo fracionamento. Medicamentos perigosos (alta vigilância) são acondicionados em embalagens individuais vermelhas, alertando que aquele medicamento exige cuidados especiais na sua dispensação e administração.

Todos os medicamentos fracionados são armazenados separadamente dos demais, garantindo que medicamentos não fracionados não sejam dispensados para as farmácias. Todos os processos de fracionamento realizados são registrados em livro de registro específico, garantindo a rastreabilidade de cada um dos processos de fracionamento.

1.4.5 Armazenamento e distribuição

Após o fracionamento e etiquetagem, os medicamentos e materiais hospitalares são acondicionadas na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), em prateleiras ou pallets, distantes do chão, paredes e tetos, com controle de acesso (restrito a funcionários do setor) e monitoramento 24 horas das condições ambientais (controle da incidência de luz solar, de pragas e vetores, da temperatura ambiente e da umidade relativa do ar), conforme exigem todas as legislações sanitárias vigentes. Medicamentos termolábeis são mantidos em refrigeradores de uso exclusivo para a guarda de medicamentos e também tem sua temperatura controlada 24 horas por dia.

51

O sistema de armazenamento, auxiliado pelo sistema de gestão informatizado, garantem um controle eficaz das validade, através da metodologia PEPS/FIFO (o Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai).

O abastecimento da CAF e das farmácias (central e satélites) é calculado pela equipe de analistas da CAF, baseado em fórmulas de cálculo de demanda reconhecidas e utilizadas pelos principais hospitais do país. Além de levar em consideração o consumo previsto do hospital, esse cálculo também analisa as variações de consumo e do tempo de entrega, criando um estoque de segurança que reduz o risco de ruptura (desabastecimento), garantindo os processos assistenciais com mínimo impacto nos custos do estoque.



Figura 11. Processo de armazenamento e distribuição na farmácia (CAF).



Armazenamento de Grandes Volumes



Armazenamento de Materiais Hospitalares



Armazenamento de Medicamentos e Correlatos



Armazenamento de Medicamentos Termolábeis

1.4.6 Avaliação farmacêutica da prescrição

Sempre que há uma prescrição para um paciente, o farmacêutico plantonista acessa a aba avaliação farmacêutica no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e realiza a avaliação farmacêutica da prescrição. Os critérios avaliados são:

- Identificação do paciente;
- Medicamento, forma farmacêutica, dosagem/concentração, posologia e tempo de tratamento;
- Uso de nomes comerciais, abreviaturas e legibilidade;

- d) Identificação do Prescritor;
- e) Interações entre os medicamentos prescritos;
- f) Interações entre os medicamentos prescritos e a dieta do paciente;
- g) Indicação clínica dos medicamentos prescritos;
- h) Duplicidade na prescrição de medicamentos;
- i) Dosagens acima ou abaixo da faixa terapêutica do medicamento;
- j) Se o medicamento é padronizado pela instituição;
- k) Se o prescritor está habilitado para prescrever aquele item;
- l) Se o prescritor realizou a justificativa clínica, quando for o caso;
- m) Cálculos de diluição de fármacos, quando for o caso.

Figura 12. Tela de Avaliação Farmacêutica da Prescrição no Prontuário Eletrônico do Paciente.

NOVO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE WEB | Avaliação Farmacêutica | Versão: SMA-PEP.2019.008.09.LTS

Dados do Paciente

Status: **Total de 2 itens:** 0 em análise, 0 liberado(s), 0 liberado(s) com Obs., 2 liberado(s) Auto., 0 bloqueado(s), 0 Suspendido(s).

Alertas: 0 crítico(s), 0 informativo(s), 0 não classificado(s).

Outros: Esquemas: Todos selecionado(s) | Frequências: Selecionar... | Não exibir cópias idênticas (0).

28/11/2022 - **Dados do Prescritor** | Período: 28/11/2022 14:00 - 29/11/2022 14:00 | Bloquear Todos | Liberar Todos

Item prescrito	Urg.	S.N.	Qtd.	Unidade	F. Aplicação	Frequência	Dia de ...	Alertas	Horár...	Docs	Status
DIPIRONA SODICA 500MG	N	S	1	COMP C/500MG	VO - VIA ORAL	12HX12H					Liberado Auto.
AZITROMICINA 500MG	N	S	1	COMP C/500MG	VO - VIA ORAL	AGORA	1/1				Liberado Auto.

* Os itens em negrito, foram copiados de uma prescrição e não sofreram alterações.

Histórico

- PREScrição Médica
- PREScrição Médica
- 31/01/2023
- PREScrição Médica
- 28/11/2022
- PREScrição Médica
- 24/10/2022
- 17/10/2022
- 10/10/2022
- 07/10/2022



Figura 13. Tela para registro das Intervenções feitas pelo farmacêutico.

Intervenção Farmacêutica

Intervenção Farmacêutica: Liberado Auto.

Quantidade: 1 X Unidade: COMP C/500MG X Forma de aplicação: VO - VIA ORAL X

Frequência: 12HX12H X Se Necessário

Observação: sdasdasd

Componentes >

Horários

28/11/2022	10	h	0	m
28/11/2022	22	h	0	m

Observação padrão: Digite para pesquisar uma observação padrão

Obs. Farmácia:

Tipo Intervenção: Digite para pesquisar um item

Intervenções Realizadas	Excluir

Liberar Bloquear Desfazer Voltar

54

O farmacêutico avalia todos os critérios descritos e decide sobre a liberação, alteração e/ou bloqueio de cada um dos itens prescritos. Todas as intervenções feitas são justificadas, registradas, e assinadas digitalmente pelo farmacêutico dentro do prontuário eletrônico do paciente. Os critérios avaliados pelo farmacêutico seguem as exigências e normas sanitárias, profissionais (Conselho Federal de Farmácia) e as metas internacionais de segurança do paciente, com ênfase na Meta 01 (Identificar o Paciente Corretamente), Meta 02 (Melhorar a Eficácia da Comunicação) e Meta 03 (Melhorar a Segurança dos Medicamentos).

1.4.7 Separação e conferência dos medicamentos

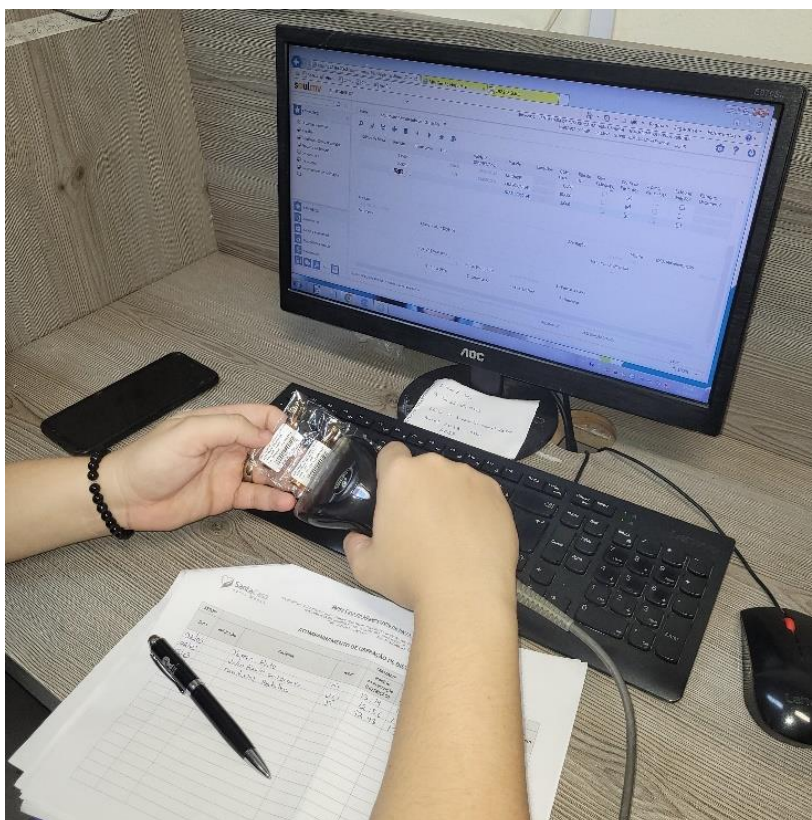
Após a avaliação e intervenções dos farmacêuticos, são geradas as solicitações dos itens (medicamentos ou materiais hospitalares) para serem dispensadas pela equipe do setor de farmácia.

Os itens da solicitação são separados e conferidos pela equipe do setor: descrição, quantidade, lote e validade. Após a separação, é realizada a conferência eletrônica dos produtos, através da bipagem dos itens solicitados no sistema. A bipagem garante que o produto correto, no lote e na validade correta, seja dispensado para o paciente.

Divergências entre lote, validade ou quantidade dos itens são encaminhadas ao farmacêutico para avaliação.

Após a conferência eletrônica, os itens de cada paciente são acondicionados separadamente, para cada cliente, juntamente com a solicitação atendida, para serem retirados pela equipe de enfermagem.

Figura 14. Conferência Eletrônica de Medicamentos e Materiais Hospitalares Dispensados nas Farmácias.



55

No ato da retirada, é realizada pela a equipe de enfermagem, juntamente com o setor de farmácia, uma inspeção visual dos itens dispensados, assim como uma conferência entre os itens solicitados e atendidos.

Tabela 2. Quantidade de Itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) Movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites.

Setembro/2022	Outubro/2022	Novembro/2022	TOTAL
825.998	884.056	835.706	2.545.760

1.4.8 Carros de PCR

Os carros de PCR (carros de parada) são abastecidos pela farmácia, baseado em uma listagem elaborada e padronizada pela supervisão de enfermagem de cada setor. Esta listagem por setor permite que o carro tenha os itens certos nas quantidades necessárias para atender as emergências do setor.

Figura 15. Checklist dos Carros de PCR.

CHECK LIST DO CARRINHO DE PCR – SETOR: UTI GERAL											
Todos os materiais e medicamentos deverão ser conferidos e repostos logo após a utilização. Q.E. = quantidade existente do material/medicamento. L.I. = laque inicial Q.R. = quantidade do material/medicamento que foi reposto. L.F. = laque final											
Medicamentos / Materiais	Quant.	Data: _____		Data: _____		Data: _____		Data: _____		Data: _____	
		Hora: _____	Nº Laque: _____	Hora: _____	Nº Laque: _____	Hora: _____	Nº Laque: _____	Hora: _____	Nº Laque: _____	Hora: _____	Nº Laque: _____
		Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____	Enf. _____
		Q.E.	Q.R.	Q.E.	Q.R.	Q.E.	Q.R.	Q.E.	Q.R.	Q.E.	Q.R.
1ª Gaveta											
Adrenalina 1mg/ml (ampola 1ml)	20										
Água Bidestilada (ampola 10ml)	5										
Atropina 0.25mg/ml (ampola 1ml)	10										
Adenosina 3mg (ampola 2ml)	2										
Aerolin- sabutamol	1										
Amiodarona 50mg/ml (ampola 3ml)	9										
Atracúrio, besilato 10mg/ml- amp 2,5ml	2										
Bicarbonato de Sódio 8,4% (amp. 10ml)	3										
Cloreto de Potássio 10% (amp. 10ml)	4										
Cloreto de Sódio 0,9% (amp. 10ml)	5										
Cloreto de Suxametônio (frasco 100 mg)	2										
Deslanosideo 0,2 mg/ml (amp. 2ml)	2										
Dexametasona 4mg/ml (amp.)	2										
Difenidramina 50mg/ml (amp.)	2										
Diazepam 5mg/ml (amp. 2ml)	2										
Dobutamina 250mg (amp. 20ml)	3										
Etomidato 2mg/ml (amp. 10 ml)	2										
Fentanil (ampola 2ml)	2										
Fentanil (ampola 10ml)	2										
Fenitoína (ampola 3ml)	6										
Furosemida 20mg/2ml (ampola 2ml)	5										

[illegible]

Seringa Descartável 03 ml	4										
Seringa Descartável 05 ml	10										
Seringa Descartável 10ml	10										
Seringa Descartável 20 ml	10										
4ª GAVETA											
Coletor Sistema Aberto	1										
Coletor de Aspiração	1										
Fio Guia Intubação Adulto	3										
Câmula de guedel- n° 2	1										
Câmula de guedel- n° 3	1										
Câmula de guedel- n° 5	1										
Fixador de Tubo	2										
Tubo Endotraqueal com balão n° 6.0	2										
Tubo Endotraqueal com balão n° 6.5	2										
Tubo Endotraqueal com balão n° 7.0	2										
Tubo Endotraqueal com balão n° 7.5	4										
Tubo Endotraqueal com balão n° 8.0	4										
Tubo Endotraqueal com balão n° 8.5	4										
Tubo Endotraqueal com balão n° 9.0	4										

Sempre que o carro é utilizado, o setor de enfermagem sinaliza o uso e o sistema calcula automaticamente as quantidades de medicamentos e/ou materiais hospitalares que precisam ser repostos para que fique abastecido de acordo com a lista padronizada, e preparado para atender a uma próxima urgência.

58

Além da listagem padronizada por setor, todos os carros da instituição passam por uma verificação mensal pela equipe de farmacêuticos da instituição, que realiza a troca dos itens próximos ao vencimento e verifica se o carro está abastecido de acordo com a lista padronizada.

1.4.9 Resultados do indicador

O objetivo do indicador visa atingir a meta para melhorar a segurança na prescrição, no uso e na prescrição de medicamentos.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (do paciente medicativos), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua



utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

Quadro 7. Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância.

Classe Terapêutica	Medicamentos Padronizados
Agonistas adrenérgicos endovenosos	Clonidina, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Metaraminol, Norepinefrina, Isoprenalina, Efedrina, Etilefrina, Terbutalina
Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Bupivacaína, Dextroetamina, Levobupivacaína, Lidocaína, Propofol, Ropivacaína, Sevoflurano, Isoflurano, Enflurano
Antagonistas adrenérgicos endovenosos	Metoprolol (tartarato)
Antiarrítmicos endovenosos	Amiodarona, lidocaína
Antitrombóticos	Varfarina, Heparinas não fracionada e de baixo peso molecular (Enoxaparina), Complexo Protombínico, Trombolíticos (Alteplase), Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (Tirofibana), Ticagrelor, Clopidogrel.
Bloqueadores neuromusculares	Pancurônio, Rocurônio, Cisatracúrio, Suxametônio
Sulfoniluréias de uso oral	Glibenclamida
Inotrópicos endovenosos	Levosimendana, Milrinona
Insulinas	Em todas as formas de apresentação e vias de administração
Anfotericina	Anfotericina B lipossomal e Anfotericina B desoxicolato
Analgésicos opióides endovenosos e de uso oral	Metadona, Morfina, Nalbufina, Petidina (meperidina), Fentanila, Alfentanila, Sufentanila, Remifentanila
Antineoplásicos de uso parenteral e oral	Vide lista de medicamentos no Manual de Boas Práticas na Farmácia.
Sedativos moderados de uso oral e parenteral em crianças	Hidrato de cloral, Midazolam, Cetamina
Sedativos endovenosos de ação moderada	Dexmedetomidina, Midazolam, Fenobarbital, Diazepam

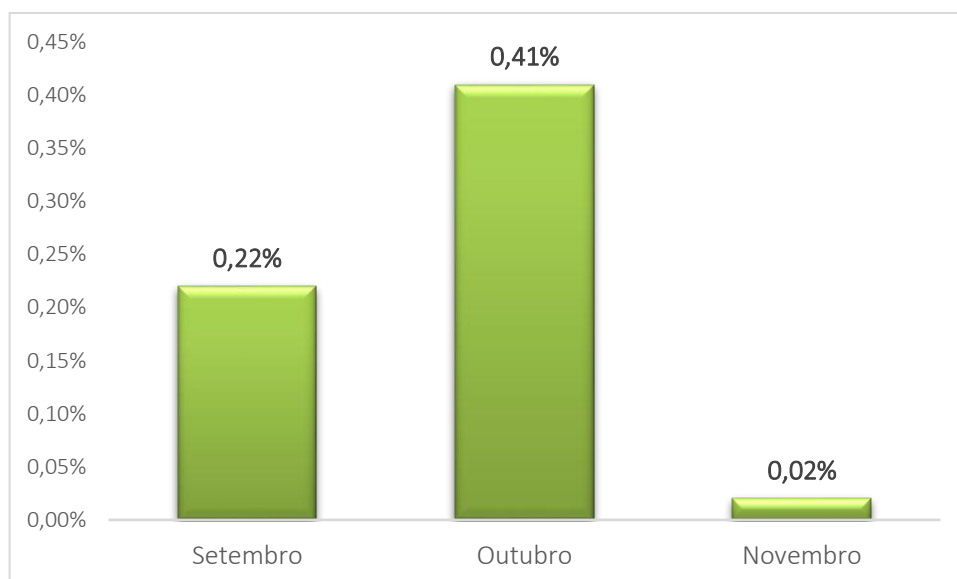
O protocolo de segurança, uso e administração de medicamentos promove a inclusão de padronização das atividades reduzindo a possibilidade de falhas, aumentando a chance de



interceptá-las antes de causar injúria ao paciente.

Segue abaixo as taxas dos do período de setembro/2022 a novembro/2022:

Gráfico 12. Erros na prescrição medicamentos.



60

1.5 Indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos

O indicador de segurança do paciente tem por objetivo monitorar a meta 5 de higiene das mãos para prevenir infecções através do acompanhamento do consumo de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Para instituir e promover a higiene das mãos no Hospital, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir as IRAS. Tem por finalidades: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções por contato.

Sempre que houver necessidade o profissional deverá realizar higiene das mãos da seguinte forma:

- a) **Higiene simples das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida. Remove os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos. Deve ser realizado sempre que as mãos estiverem sujas, antes e após de realizar qualquer procedimento.

Figura 16. Cartaz alertando sobre higienização das mãos na SCBM.



61

- b) **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico, e por isso promove a redução da carga microbiana das mãos. Este procedimento dura de 40 a 60 segundos. Deve ser realizado antes de manipular dispositivos invasivos.
- c) **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%). Tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos sem

a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos, e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades. Pode ser realizada após a higiene simples ou antisséptica das mãos.

Figura 17. Dispenser dispostos nas áreas da SCBM.



62

d) Os momentos mais apropriados para higienização das mãos durante os cuidados são:

Antes e após a manipulação de cateter intravascular (inserção, troca, reparo, curativo).

Sempre que as mãos estiverem sujas ou com suspeita de contaminação.

Antes e após procedimentos invasivos.

Antes de colocar e após a retirada de luvas, sejam elas estéreis ou não.

Após utilizar o banheiro.

Depois de tocar um paciente e antes de tocar o próximo paciente.

Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:

Como o manuseio de um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.

Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmopaciente.

Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções:

Como o contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.

Manipular um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmopaciente.

Antes e após tocar o paciente.

Após tocar superfícies próximas ao paciente:

Como contato com superfícies e objetos inanimados, incluindo equipamentos para a saúde, nas proximidades do paciente.

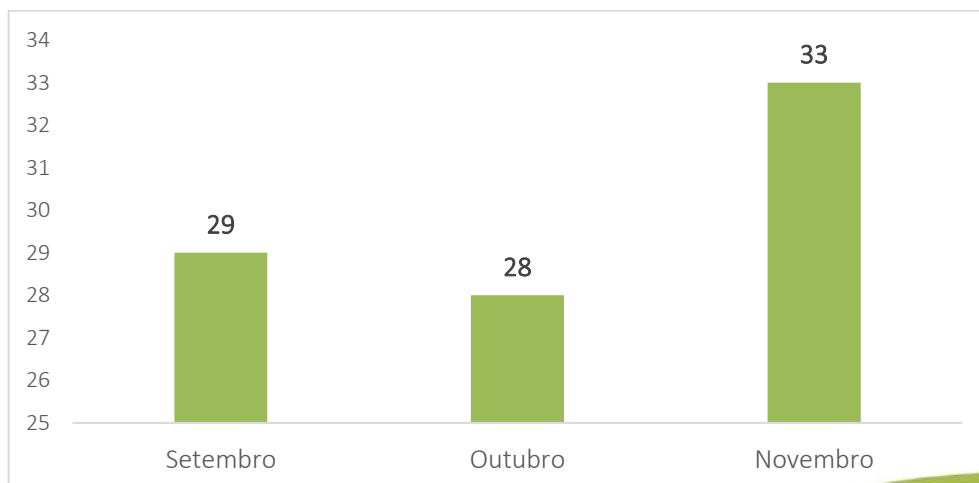
1.5.1 Resultados do indicador

O monitoramento desse indicador é realizado através do levantamento do consumo de preparação alcoólica para as mãos nas unidades por mês, informado pela equipe da higienização.

63

Os indicadores são essenciais para auxiliar no aprimoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes monitorados, pois permitem a melhoria interna; monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado de saúde.

Gráfico 13. Preparação alcóolica por ml.



Este resultado demonstra o aumento da utilização do álcool gel nas unidades de terapia intensiva do hospital, através de ações realizadas durante o ano de 2022, tais como treinamentos internos, integração de novos colaboradores e vigilância nas visitas técnicas realizadas nos setores.

Figura 18. Integração de novos colaboradores e vigilância nas visitas técnicas realizadas nos setores.

LISTA DE PRESEÇA INTEGRAÇÃO

Pauta: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, USO ADEQUADO DE EPIS, TIPOS DE PRECAUÇÃO, ADORNOS. Data: 15/06/2022

Local: CENTRO DE ESTUDOS Horário: 09:40H

Responsável pela capacitação: *Sandra de C. Diniz* Assinatura: *[assinatura]*

NOME	SETOR	MATRICULA	ASSINATURA
Jessica Gonçalves Andrade	Administração	15035	<i>[assinatura]</i>
Glécia Kelly Rodrigues Ribeiro	Intensivista	15036	<i>[assinatura]</i>
Rayanne dos S. Henriques	Administração	15033	<i>[assinatura]</i>
Danielle do Carmo	UTI-neo	15037	<i>[assinatura]</i>
Leite Rosamundo	Suprimentos	15034	<i>[assinatura]</i>
Christiane da Silva Jansen	UTI-neo	15038	<i>[assinatura]</i>
Mateus V. Silva	Manutenção	15032	<i>[assinatura]</i>
Yasmim Eugenia el Porto	Compras gerais	15031	<i>[assinatura]</i>
Ana Luiza Paula Leite	Judicial	15030	<i>[assinatura]</i>

LISTA DE PRESEÇA CAPACITAÇÃO

Pauta: *Integração novos colaboradores* Data: *14/06*

Local: *Centro de Estudos* Horário: *9:40h*

Responsável pela capacitação: *Enf. Sandra* Assinatura: *[assinatura]*

NOME	SETOR	MATRICULA	ASSINATURA
<i>[nome]</i>	<i>[setor]</i>	<i>[matricula]</i>	<i>[assinatura]</i>
<i>[nome]</i>	<i>[setor]</i>	<i>[matricula]</i>	<i>[assinatura]</i>
<i>[nome]</i>	<i>[setor]</i>	<i>[matricula]</i>	<i>[assinatura]</i>
<i>[nome]</i>	<i>[setor]</i>	<i>[matricula]</i>	<i>[assinatura]</i>

Na SCBM trabalhamos com sinalização internas nas áreas assistenciais destacando a importância da higienização das mãos.



Figura 19. Sinalização nas áreas internas e assistenciais.

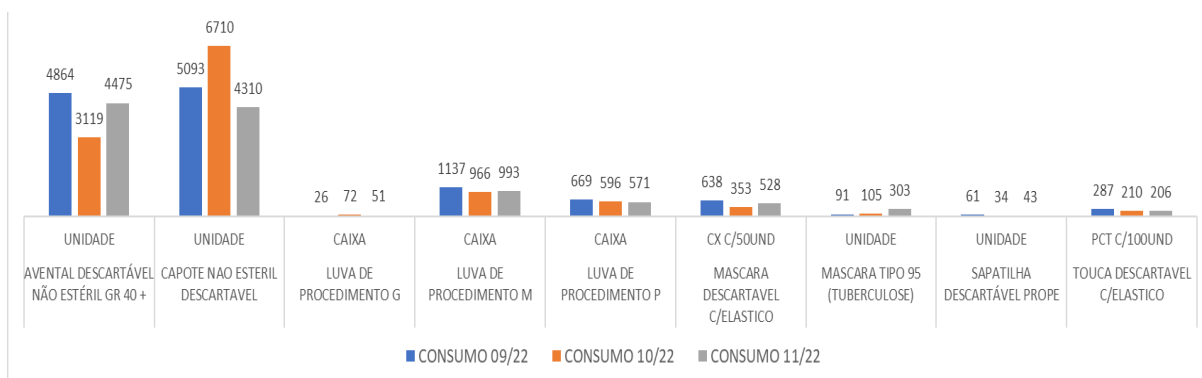


65

Todos os setores possuem disponível os EPI's necessários para a realização dos procedimentos assistenciais.

Nos meses avaliados obtivemos um total de 36.511 EPI's dispensados distribuídos entre pedidos de capote, luvas estéreis, máscaras, avental, sapatilhas e toucas para o hospital.

Gráfico 14. Consumo de EPI's na SCBM.



Acompanhamos as rotinas internas do serviço de higienização hospitalar através das visitas técnicas nas áreas assistenciais, e temos um fluxo de aprovação delas.

2 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE CARDIOLÓGICO

A síndrome coronariana aguda (SCA) abrange um espectro de manifestações clínicas e laboratoriais de isquemia miocárdica aguda. O acompanhamento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) é fundamental pela alta prevalência, mortalidade e morbidade da doença, sendo a primeira causa de mortes no País.

Ressaltamos que a Santa Casa é habilitada com centro de referência em alta complexidade cardiovascular e integra a rede de urgência e emergência do estado do Rio de Janeiro na linha de cuidado cardiovascular: foco na atenção ao infarto agudo de miocárdio.

A terapia atual para o infarto e outras causas de dor torácica é muito efetiva, sistematizar o atendimento com o intuito de prover o máximo de benefício ao doente justifica a elaboração de protocolo assistencial e indicadores de acompanhamento.

Ao se apresentar na emergência o paciente com dor torácica deve ser prontamente atendido, porque diversas são as causas de dor torácica que levam os pacientes ao setor de emergência ou descompensam pacientes em centros de terapia intensiva.

66

Algumas delas são ameaçadores a vida, como o infarto agudo do miocárdio, a dissecação aguda de aorta e o tromboembolismo pulmonar. Identificar e tratar rapidamente essas doenças é fundamental para um desfecho favorável.

A incidência das doenças cardiovasculares vem aumentando ao longo dos últimos anos a despeito de um período de relativa estabilidade. Novas terapias surgem constantemente, melhorando as práticas assistenciais em relação a doença, entretanto estima-se que cerca de 50% das pessoas que sofrem um infarto agudo do miocárdio não conseguem obter ajuda médica a tempo de sobreviver. A terapia atual para o infarto e outras causas de dor torácica é muito efetiva.

Para garantir atendimento em tempo hábil e oferecer tratamento adequado foram criados indicadores e metas de monitoramento destes pacientes, segue abaixo:

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Tempo porta eletrocardiograma	Tempo porta eletrocardiograma de até 10 min
Percentual de adesão a terapia medicamentosa	Adesão medicamentosa acima de 85% aos pacientes com IAM e SCA



2.1 Indicador de tempo porta eletrocardiograma

O primeiro indicador estabelecido foi o tempo porta eletrocardiograma, seguindo recomendações da Sociedade Brasileira de cardiologia o ECG, em repouso de 12 derivações, deve ser realizado em todo paciente com dor torácica em até 10 minutos, antes mesmo do atendimento médico, deflagrado no momento da classificação de risco.

A detecção precoce das alterações isquêmicas eletrocardiográficas possibilita o início das intervenções o mais rápido possível. Em suma, podemos perceber a importância do tempo relacionado ao paciente vítima de Infarto Agudo do Miocárdio, e que a agilidade nestas situações, aumenta a sobrevivência dos pacientes, reduzindo a mortalidade imediata e tardia.

Figura 20. Realização do ECG.

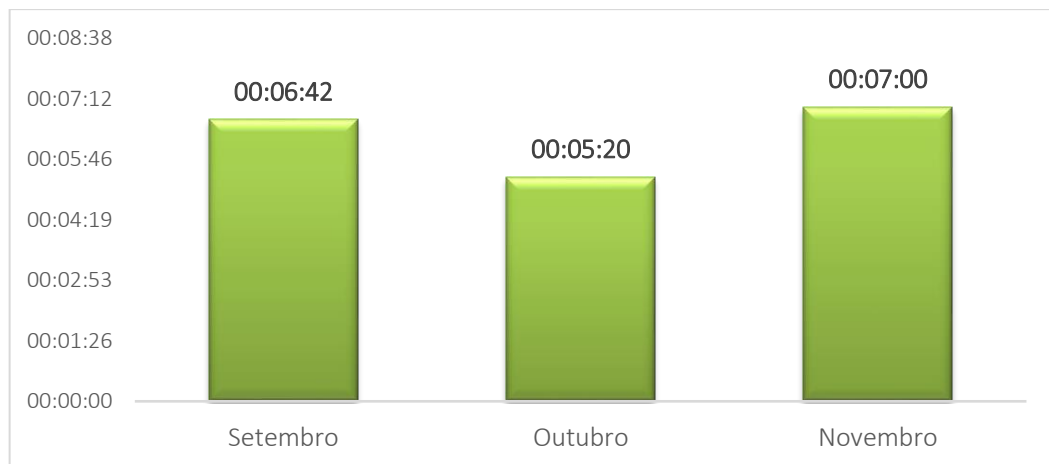
Realização do Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG)
Primeiro ECG: Deve ser realizado na triagem para todo paciente que chegar relatando dor torácica (Dor tipo A, B, C ou D) com interpretação imediata.
ECG seriado: em todos os pacientes que permanecerem sintomáticos.
Repetir ECG: Naqueles pacientes que tiverem piora ou mudança da característica da dor torácica ou sempre na terceira hora junto da coleta de Troponina para todos os pacientes com dor torácica do tipo A, B, C e/ou D.

67

O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações é a primeira ferramenta para o diagnóstico de SCA. Deve ser realizado em até 10 minutos da entrada do paciente na instituição.

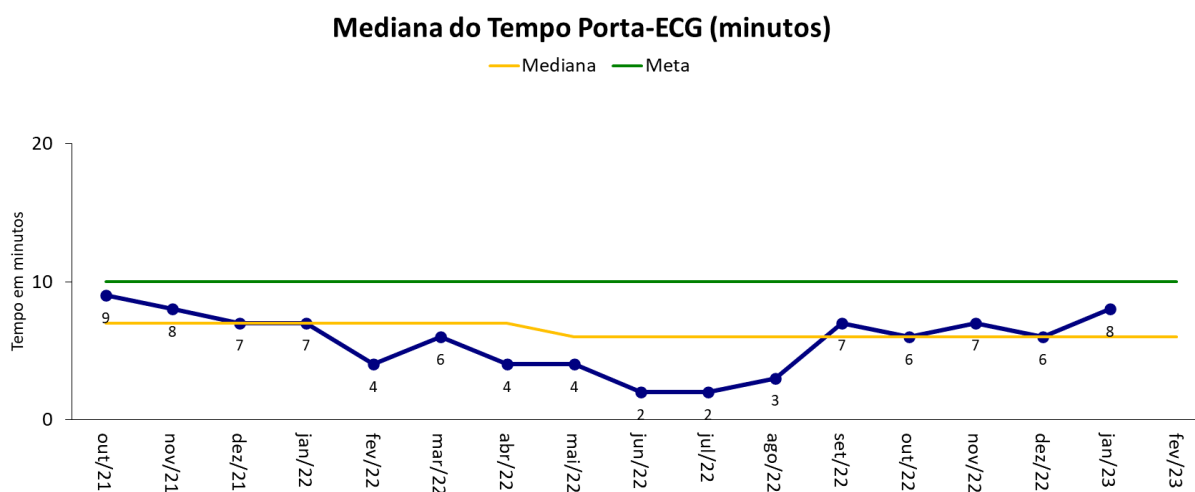
Segue abaixo o tempo porta eletrocardiograma dos últimos três meses:

Gráfico 15. Tempo Porta-ECG do período de Set/2022 a Nov/2022.



Segue mediana do tempo porta eletrocardiograma e minutos:

Gráfico 16. Mediana do Tempo Porta-ECG em minutos.



Uma vez sabendo que o tempo é determinante no prognóstico do paciente vítima de infarto agudo do miocárdio, algumas ações foram desenvolvidas para atingir e manter este tempo, dentre elas:

- 1) Banner de sinalização para os pacientes com “dor no peito”
- 2) Implantação de senha no totem de classificação com nome “dor no peito”
- 3) Autonomia do enfermeiro classificador a realizar eletrocardiograma assim que detectar a queixa “dor no peito” e posteriormente entrega para o médico assistente.
- 4) Implantação de técnico de enfermagem no acolhimento para direcionar os pacientes;



- 5) Disponibilização de local exclusivo pra a realização dos eletrocardiogramas.
Segue fotos que exemplificam o exposto.

Figura 21. Local exclusivo para eletrocardiograma.



Figura 22. Totem de retirada de senha do pronto atendimento.



70

Figura 23. Totem de senha do PS com item dor no peito.

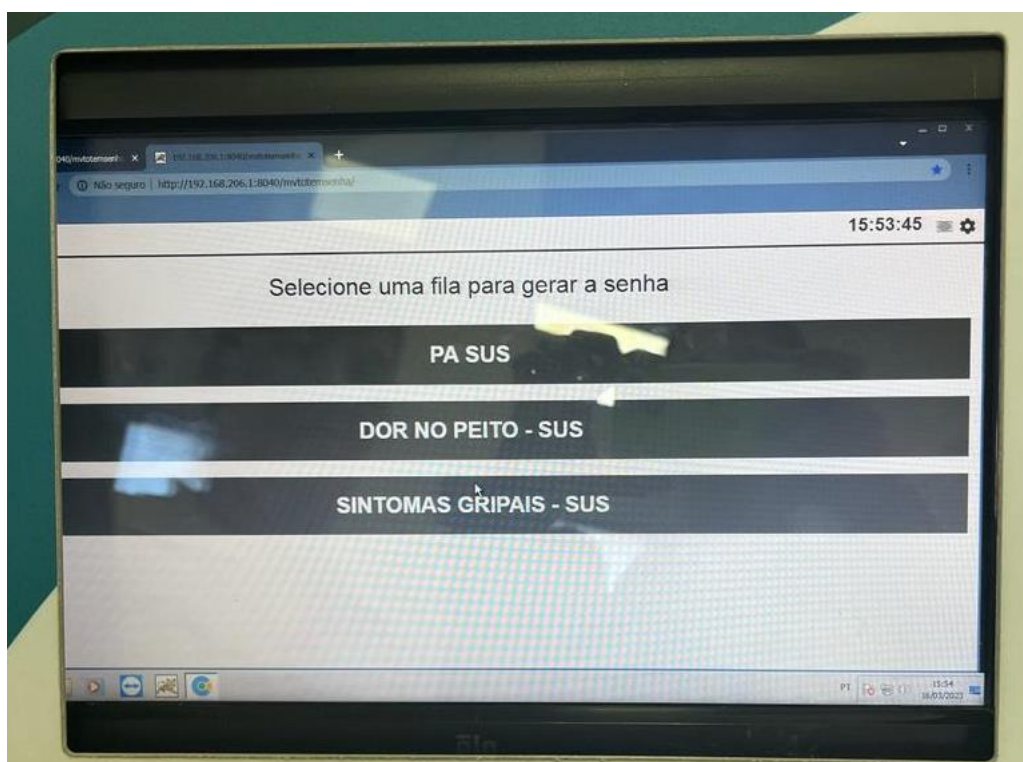


Figura 24. Banner para orientação dos pacientes.



71

2.2 Indicador de adesão a terapia medicamentosa

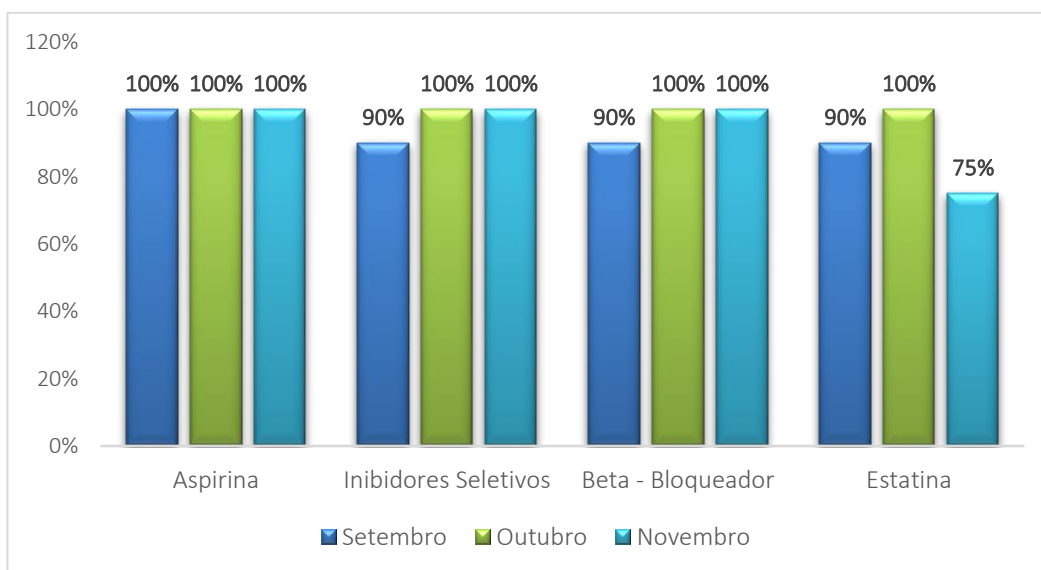
O segundo indicador de boas práticas ao atendimento a pacientes cardiologistas é o percentual de adesão a terapia medicamentosa.

Este indicador tem por objetivo acompanhar a adesão à medicação que pode ser definida como a medida de quantos pacientes foi prescrito tratamento medicamentoso adequado, conforme protocolo.

A adesão é um fator determinante de desfechos de alta qualidade, essa é uma preocupação crescente para os médicos e os sistemas de saúde por causa de evidências de que a não-adesão é prevalente e associada a resultados adversos e custos mais elevados de cuidados da saúde.

Segue abaixo a taxa de adesão a terapia medicamentosa dos últimos três meses:

Gráfico 17. Taxa de adesão a terapia medicamentosa do período de Set/2022 a Nov/2022.



72

Segue abaixo tabela com resumo de acompanhamento:

Tabela 3. Resumo de acompanhamento dos pacientes.

Ano/mês	Núm. de Pacientes	Tempo Porta-ECG	Aspirina	Inibidores Seletivos	Betabloqueador	Estatina
Setembro	10	06:42	100%	90%	90%	90%
Outubro	3	05:20	100%	100%	100%	100%
Novembro	4	07:00	100%	100%	100%	75%

Para alcançar uma taxa de adesão a terapia medicamentosa foram disponibilizados banner nos consultórios médicos para auxiliar nas prescrições e condutas a serem tomadas com os pacientes vítimas de síndrome coronariana aguda.



Figura 25. Modelo de banner dos consultórios.



Figura 26. Consultório médico do pronto atendimento com banner de orientação.



A adesão ao tratamento pressupõe uma fidelidade irrevogável às orientações de uma equipe multidisciplinar, sem a qual não há como conferir o sucesso do tratamento pretendido. A adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e de enfermagem.

A não adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais da área. Dados da literatura têm demonstrado que, quando os pacientes se tornam conhecedores de suas doenças, dos mecanismos fisiopatológicos, dos fatores desencadeantes e do risco, da lógica e dos benefícios do tratamento, entre outros aspectos, eles passam, imediatamente, a aderir mais ao tratamento, principalmente quando manejados de forma multidisciplinar.

O trabalho em equipe multiprofissional torna-se importante na orientação de medidas terapêuticas não-farmacológicas, contribuindo para a compreensão da doença, na avaliação dos sinais e sintomas, no estímulo aos hábitos saudáveis, na importância da mudança no estilo de vida e no uso de medicamentos e seus efeitos adversos, bem como no incentivo à participação do paciente em programas de autocuidado.

74

2.2.1 Tratamento do infarto agudo do miocárdio

Após detecção precoce da síndrome coronária aguda e prescrição correta da terapia medicamentosa recomendada, segue para o tratamento com a estratégia da reperfusão da artéria relacionada ao infarto, com o objetivo de diminuir a área isquêmica/necrótica, reservar músculo, melhorar a função ventricular e, conseqüentemente, a sobrevida.

O sucesso do procedimento é dependente do tempo de início dos sintomas até o momento da intervenção escolhida, seja ela química (trombolíticos) ou percutânea (angioplastia), enfatizando que quanto mais precoce é feito o diagnóstico e realizada a intervenção, melhores serão os desfechos clínicos.

A terapia de reperfusão está indicada em todos os pacientes com até 12 horas de início dos sintomas, que apresentem supra desnivelamento do segmento ST persistente ou bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo. Deve-se considerar também nos casos com mais de 12 horas de sintomas, e com evidências clínicas ou eletrocardiográficas de isquemia miocárdica.



A - Fibrinolíticos

O tratamento com fibrinolítico está indicado nos casos de SCA, associada à presença de supradesnívelamento do segmento ST em pelo menos 2 derivações contíguas ou de um novo ou presumivelmente novo bloqueio do ramo esquerdo. Deve ser realizada quando não há possibilidade de angioplastia primária e na ausência de contraindicações. O tempo porta-agulha ideal é menor que 30 minutos.

Caso seja elegível a trombólise deve ser realizada da seguinte maneira:

- **Estreptoquinase (SK):** 1.500.000 EV em 100 mL de SF 0,9% ou SG 5%, infusão lenta em 30 a 60 min;
- **Alteplase (tPA):** 15 mg EV (dose de ataque) + 0,75 mg/kg durante 30 min (máximo de 50 mg) + 0,50 mg/kg durante 60 min (máximo de 35 mg);
- **Tenecteplase (TNK-tPA):** DU, segundo peso: < 60 kg = 30 mg; 60 a 69,9 kg = 35 mg; 70 a 79,9 kg = 40 mg; 80 a 89,9 kg = 45 mg; ≥ 90 kg = 50 mg. Em pacientes com mais de 75 anos, considerar o uso de metade da dose.

O fibrinolítico deve ser usado na ausência de contraindicações. Seu benefício foi estabelecido em diversos estudos. Desde 1986, demonstrou-se que cerca de 30 mortes poderiam ser evitadas para cada 1.000 pacientes tratados nas primeiras seis horas e 20 entre 6 e 12 horas. O benefício chegou a 50 mortes evitadas, quando associado à aspirina. A associação com antiplaquetários evita a agregação desencadeada pela trombina liberada após a fibrinólise, diminuindo a chance de reclusão.

75

Uma seleção de grandes estudos demonstrou que a mortalidade declinou cerca de 26% para pacientes perfundidos nas primeiras três horas, 18% entre 3-6 horas e 14% entre 6-12 horas. A diminuição de mortalidade foi mais expressiva em pacientes com IAM anterior e BRE novo em comparação com o inferior, mas ainda com benefício significativo para o último. Em idosos (maiores do que 75 anos), a indicação do tratamento persiste com benefício significativo, porém, com relação risco-benefício menos favorável do que em outros grupos.

B - Intervenção coronária percutânea

No infarto agudo do miocárdio (IAM) está comprovado que quanto mais cedo a reperfusão for realizada, melhores serão seus resultados a curto e longo prazo, de modo que o tempo entre o início dos sintomas e a reperfusão coronariana é um elemento de grande



importância na estratégia de seu tratamento. A angioplastia primária é o tratamento de escolha quando possível.

Está indicada a pacientes com choque cardiogênico em até 36 horas após o início da dor e até 18 horas após o início do choque. O tempo porta-balão deve ser < 2 horas em qualquer paciente submetido à angioplastia primária. Nos pacientes que se apresentam em até 2 horas do início dos sintomas, esse tempo deve ser idealmente inferior a 90 minutos.

A Angioplastia Coronária ou Intervenção Coronária Percutânea é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o coração. Após a desobstrução da artéria coronária, por meio da angioplastia com balão, procede-se ao implante de uma prótese endovascular (para ser utilizada no interior dos vasos) conhecida como 'stent' - pequeno tubo de metal, semelhante a um pequeníssimo bobe de cabelo, usado para manter a artéria aberta.

Atualmente existem dois tipos de stents: os convencionais e os farmacológicos ou recobertos com drogas. Os stents convencionais podem acarretar um processo cicatricial exacerbado que leva a restenose (reobstrução) do vaso em 10 a 20% dos casos. Os stents farmacológicos surgiram para evitar esse processo cicatricial, que são constituídos do mesmo material metálico acrescido de um medicamento de liberação lenta no local de implante, reduzindo-se o processo de cicatrização e evitando-se a restenose.

Há necessidade do uso prolongado de aspirina e clopidogrel nos pacientes que recebem stents farmacológicos pelo pequeno risco de trombose (formação de coágulos no interior do stent).

O procedimento é realizado por uma equipe especializada de cardiologistas intervencionista na sala de hemodinâmica, segue fotos:

76



Figura 27. Sala de hemodinâmica.



Figura 28. Equipe realizando o procedimento.



77

Figura 29. Angioplastias realizadas.

PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - RIO DE JANEIRO

AIH aprovadas por Ano/mês processamento segundo Procedimento

Estabelecimento: 2280051 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA

Procedimento: 0403070015 ANGIOPLASTIA INTRACRANIANA EM VASO ESPALMO, 0406030014 ANGIOPLASTIA CORONARIANA, 0406030022 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS, 0406030030 ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT, 0406030049 ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA, 0406030057 ANGIOPLASTIA COM IMPLANTE DE DUPLO STENT EM AORTA/ARTERIA PULMONAR E RAMOS, 0406030065 ANGIOPLASTIA EM ENVIERTO CORONARIANO, 0406030073 ANGIOPLASTIA EM ENVIERTO CORONARIANO (COM IMPLANTE DE STENT), 0406040028 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT), 0406040044 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT), 0406040052 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT), 0406040060 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO), 0406040079 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO), 0406040087 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT), 0406040095 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO), 0406040109 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT NÃO RECOBERTO, 0406040117 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO, 0406040125 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAS, 0406040133 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO), 0406040281 RECONSTRUÇÃO DA BIFURCAÇÃO AORTO-ILÍACA COM ANGIOPLASTIA E STENTS, 0702040070 CATETER BALÃO P/ ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA, 0702040088 CATETER BALÃO P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA, 0702040134 CATETER GUIA P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA, 0702040380 FIO GUIA DIRIGÍVEL PARA ANGIOPLASTIA

Período: Set-Nov/2022

Procedimento	2022/Set	2022/Out	2022/Nov	Total
TOTAL	138	145	183	466
0406030014 ANGIOPLASTIA CORONARIANA	3	3	5	11
0406030022 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	35	32	40	107
0406030030 ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	37	36	36	109
0406030049 ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA	9	4	35	48
0406040028 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)	5	1	3	9
0406040044 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)	2	5	3	10
0406040052 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)	19	30	34	83
0406040060 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	24	25	25	74
0406040087 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)	1	1	1	3
0406040095 ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	3	8	1	12

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas:

- Dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização.
- A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:
 - Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
 - De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
 - A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](https://www.saude.gov.br/secretaria-estadual-de-saude) para mais informações.

Conforme imagem acima é possível notar a quantidade de angioplastias realizadas na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, nos meses de Setembro a Outubro de 2022. Sendo, 138 em setembro, 145 em Outubro e 183 em Novembro.

78



3 PROTOCOLO DE CONTROLE DE IRAS

A problemática das Infecções Hospitalares ainda consiste em grande desafio para a saúde pública em todo o mundo. Estas infecções prolongam o tempo de internação, aumentam os custos hospitalares e as taxas de mortalidade, além de contribuir para o sofrimento vivenciado pelo paciente e seus familiares.

No entanto, é importante destacar que uma grande porcentagem das IRAS são evitáveis se forem executadas medidas eficazes de prevenção e controle de infecção. Medidas para prevenção de IRAS baseadas em evidências devem ser adotadas.

Pesquisas mostram que quando os serviços de saúde e suas equipes conhecem a magnitude do problema das infecções e passam a aderir aos programas para prevenção e controle de IRAS, pode ocorrer uma redução de mais de 70% de algumas infecções.

A estruturação e o fortalecimento de programas de prevenção e controle de IRAS são essenciais na luta para prevenir e controlar as infecções, reduzir a resistência microbiana (RM) aos antimicrobianos, evitar o adoecimento, a incapacidade e a morte de pessoas nos serviços de saúde.

Diante disso foi estabelecido três indicadores de acompanhamentos das principais infecções relacionadas a assistência à saúde, são eles:

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central	Densidade de incidência de IPCS relacionada à CVC menor 8%
Incidência de infecção urinária associada a cateterismo vesical de demora	Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD menor 10%
Incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	Densidade de incidência de pneumonia associada à VM menor 30%

3.1 Indicador de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central

O primeiro indicador estabelecido foi a incidência de infecção primária de corrente sanguínea, uma vez que estão entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde.

Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum

dispositivo intravascular. A IPCS associa-se a aumento na taxa de mortalidade, a maior tempo de internação e a incrementos de custos relacionados à saúde.

Infecção primária de corrente sanguínea está relacionada a importantes desfechos desfavoráveis em saúde, a prevenção da ICS está associada à adoção de medidas adequadas, como adesão aos *bundles* de boas práticas de inserção e a otimização das práticas de manutenção dos dispositivos, assim como diretrizes de uso de tecnologias complementares, conforme descrito em protocolo.

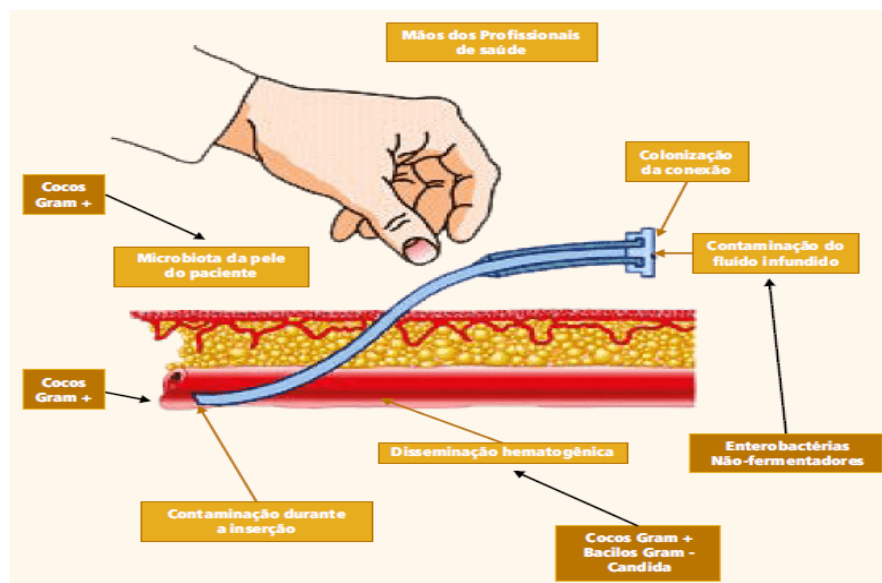
3.1.1 Acompanhamento do bundle de prevenção IPCS

Nas duas primeiras semanas, cerca de 14 dias, a colonização microbiana se dá pela via extraluminal (face externa do cateter). Ou seja, as bactérias da pele alcançam a corrente sanguínea após recobrirem a face externa do cateter.

Após esse período, e principalmente nos cateteres de longa permanência, a colonização ocorre na face interna do cateter, via intraluminal, podendo ocasionar a infecção. Isso acontece porque a medida que o tempo passa, aumenta a manipulação do acesso venoso, favorecendo sua contaminação.

80

Figura 30. Fisiopatogênese da IPCS.



Fonte: ANVISA, 2017.

A própria característica da inserção pode dificultar a colonização extraluminal, como é o caso de cateteres tunelizados (onde o cateter é inserido em um túnel no tecido subcutâneo antes de atingir a veia) ou totalmente implantados (cateteres que ficam totalmente implantados debaixo da pele, no tecido subcutâneo onde a ponta distal acessa um grande vaso). A infecção por meio de infusão de soluções contaminadas também pode acontecer quando há práticas inadequadas de preparo e falhas em seguir as recomendações preconizadas de medicação segura.

A frequência da colonização da ponta do cateter por disseminação de microrganismos na corrente sanguínea (disseminação hematogênica) com subsequente IPCS, embora exista a possibilidade, é rara.

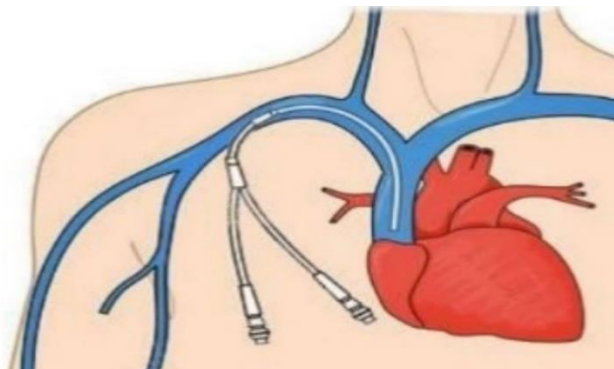
É considerado cateter central, o cateter utilizado para infusão, coleta de sangue, monitoramento hemodinâmico, cuja a localização terminal esteja em um grande vaso ou próxima do coração. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externas e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical ou arterial.

81

Os tipos de cateteres centrais incluídos no sistema de vigilância epidemiológica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (SCBM), atende os critérios da ANVISA, sendo estes:

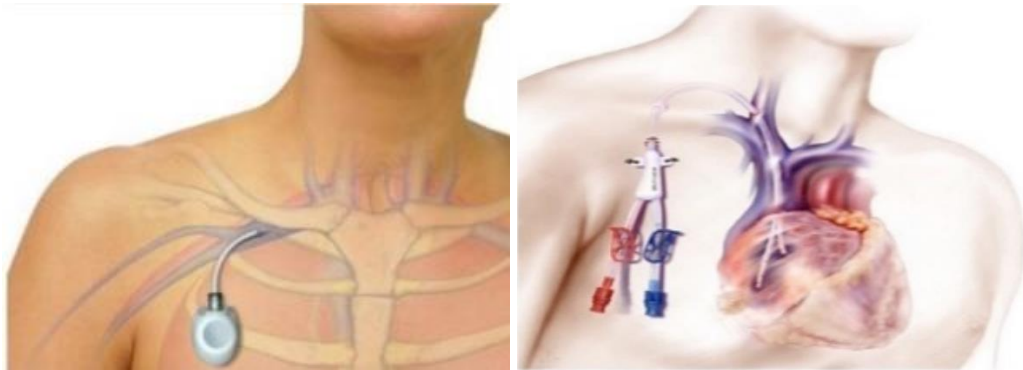
- a) **Cateter Central de curta permanência:** são aqueles que atingem vasos centrais e são instalados por venopunção direta e não são tunelizados. Esses dispositivos não possuem nenhum mecanismo para prevenção de colonização extraluminal, pois na inserção não fazem túnel no tecido subcutâneo.

Figura 31. Cateter profundo inserido diretamente no grande vaso sem tunelização.



- b) **Cateter Central de longa permanência:** são aqueles que atingem vasos centrais e são instalados cirurgicamente, pois são tunelizados (fazem um túnel através do tecido subcutâneo). São frequentemente empregados quando há necessidade de acesso central por períodos mais prolongados (tipicamente acima de 14 dias) de onde deriva sua denominação.

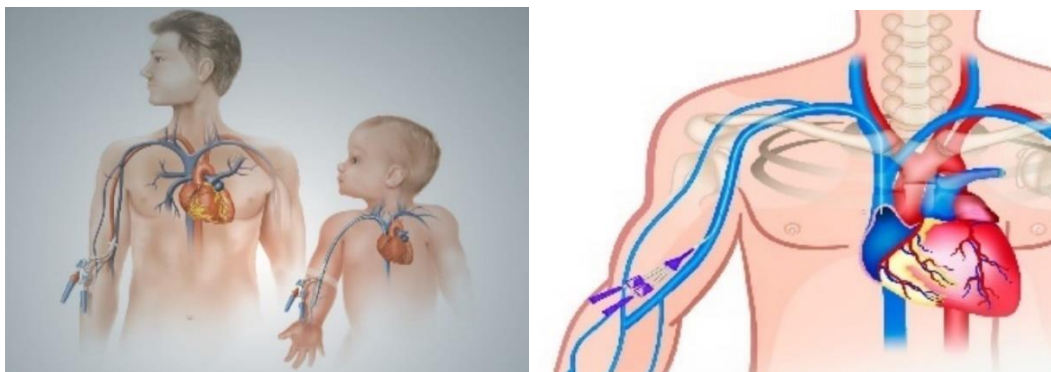
Figura 32. Cateter Permcath (para hemodiálise), Portacath (para quimioterapia).



82

- c) **Cateter Central de Inserção Periférica:** É o cateter venoso inserido em um grande vaso (veia cava proximal ou veia cava distal) por meio de uma veia periférica do membro superior ou inferior.

Figura 33. Cateter central de inserção periférica.



- d) **Cateter Umbilical:** cateter vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical em neonatos. Todos os cateteres umbilicais são considerados cateteres centrais.

Figura 34. Cateter umbilical.



e) Cálculo de denominadores de risco para IPCS:

Os setores assistenciais da SCBM: Unidade de Terapia Intensiva adulta, pediátrica e neonatal, clínica médica e cirúrgica do SUS (1º e 3º andar) e Convênio (2º andar), Sala vermelha e amarela no pronto atendimento, e pediatria, deverão encaminhar mensalmente ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o somatório de pacientes com cateter venoso central em cada dia no mês de referência.

Caso um paciente possua mais de 1 cateter, deverá ser contado apenas 1 vez, pois o indicador se trata do número de pacientes com cateter e não o número total de cateteres no dia no mês, pelo fato de ser um indicador de exposição ao risco, e sendo este o tempo de uso de cateter pelo paciente, não a quantidade.

Esses dados são essenciais para o cálculo do indicador de resultado: Densidade de Infecção Primária da Corrente Sanguínea, para avaliação da qualidade assistencial de cada unidade de atendimento ao paciente, conforme monitoramento do serviço de controle de infecção hospitalar.

É importante salientar que não são considerados cateter venoso central os seguintes:

- Fístula arteriovenosa;
- Enxerto arteriovenoso;
- Cateteres atriais (cateter cardíaco transtorácico, cateteres inseridos diretamente no átrio direito ou esquerdo através da parede do coração);
- Suporte de vida extracorpóreo (ECMO);
- Enxerto para hemodiálise;

- Balão intra-aórtico;
- Cateter periférico;
- Cateter de linha média (midline);
- Dispositivo de assistência ventricular;
- Cateter arterial que não se enquadra na definição de cateter central (ex: cateter radial ou femoral para aferição da pressão arterial média).

3.1.2 Diagnóstico epidemiológico de Infecção primária da corrente sanguínea (IPCS)

A IPCS é a presença de um ou mais microrganismo na corrente sanguínea, desde que sua origem não esteja relacionada a nenhum foco primário (ex: Pneumonia, Infecção urinária, etc). Neste sentido, a IPCS é o foco primário da infecção.

Conforme os critérios de diagnósticos epidemiológicos determinados pela ANVISA para o ano de 2022, O serviço de controle de infecção hospitalar da SCBM fará o monitoramento e definição diagnóstica da infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter central, cuja definição é a IPCS em paciente com uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do Dia 3º) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo invasivo ou este havia sido removido no dia anterior.

Para definição dos casos de IPCS associada a cateter central, é imprescindível ao profissional do serviço de controle de infecção hospitalar seguir os elementos (sinais e sintomas e achados laboratoriais) específicos de cada critério definido e padronizado pela ANVISA, conforme nota técnica 03/2023, além de seguir os padrões pré-estabelecidos no que diz respeito a: Janela de infecção de 7 dias (período obrigatório para que surjam todos os elementos específicos elegíveis de IPCS), tempo de infecção de repetição de 14 dias a contar da data da infecção (período em que podem surgir novos sinais e sintomas específicos de IPCS para ser considerado infecção de repetição, ao invés de um novo evento infeccioso), e separar os diagnósticos conforme os critérios de idade (adulto/pediátrico e neonatal) com atenção aos sinais específicos e inespecíficos de cada faixa etária, e no caso da UTI neonatal, por faixa de peso padronizada pela ANVISA.

A saber, os critérios definidos pela ANVISA para notificação obrigatória:

- **Critério 1:** Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em adultos e crianças > 28 dias.
- **Critério 2:** Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em adultos e crianças > 1 ano.
- **Critério 3:** Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter central por microrganismo contaminante de pele em crianças > 28 dias e < 1 ano.

Para a neonatal, os critérios são como seguem:

- **Critério 1 – Neonatal:** Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter central por microrganismo patogênico em recém nascido < 28 dias.
- **Critério 2 – Neonatal:** Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada a cateter central por microrganismo contaminante de pele em recém nascido < 28 dias.
- **Critério 3 – Neonatal:** Infecção primária da corrente sanguínea clínica, sem confirmação laboratorial, associada a cateter central em recém nascidos < 28 dias.

85

Quadro 8. Medidas de prevenção de IPCS associada a cateter central.



O profissional que vai realizar a punção deve dar preferência à veia Subclávia
Atenção: evitar a veia femoral para acesso central e hemodiálise.



Realizar técnica de punção guiada por ultrassom



O profissional auxiliar deve utilizar o Bundle de inserção de cateter central e interromper o procedimento perante as quebras de barreira no ato da sua ocorrência. O profissional que realiza a punção deve acatar a orientação de reiniciar o procedimento em caso de contaminação.





Higienizar as mãos com água e sabão, se mãos visivelmente sujas, ou higienizar as mãos com álcool se mãos visivelmente limpas. Antes de realizar o procedimento.

Atenção: O uso de luvas não substitui a higiene das mãos. As luvas são porosas e sua integridade é comprometida conforme tempo de uso.



O profissional que realizará a punção deve usar precaução máxima de barreira durante a inserção:

Gorro, máscara, óculos, luvas estéreis, capote estéril, campo estéril grande que cubra todo o corpo do paciente.



O profissional auxiliar deve manter organização e controle de fluxo de pessoas durante a realização do procedimento, de modo a facilitar a execução e evitar quebra de barreira asséptica. A utilização de um kit de cateter com todos os materiais necessários mostrou-se eficaz para este fim.



Utilizar clorexidina alcoólica acima de 0,5% para preparar a pele do paciente. Deixar secar espontaneamente.

Atenção: Clorexidina degermante para limpeza prévia da área de punção não necessita ser prática rotineira a menos que sujidade aparente.

No recém-nascido, a clorexidina alcoólica deve ser avaliada quanto ao risco-benefício. Caso não indicada, pode-se usar clorexidina aquosa, ou alcoólica 0,5%, não superior a essa concentração.



Se for necessário remover pelos, utilizar tesouras e não lâminas, pois a utilização de lâminas relaciona-se com a perda de integridade da barreira cutânea por micro ranhuras propiciando aumento da proliferação bacteriana no local.



Para fins de vigilância de processos e discussão de ações de melhoria contínua, os profissionais auxiliares dos procedimentos de cateterismo vascular central utilizarão de um instrumento de verificação de conformidades, ao qual denominamos “Bundle de inserção de cateter vascular central”, figura 2. Desta forma, esse instrumento avalia se todas as medidas preventivas foram executadas durante o procedimento de cateterismo, não havendo quebra de barreiras que expõe o paciente ao risco de adquirir infecção primária da corrente sanguínea. Uma medida não executada anula a conformidade total ao final do procedimento, ou seja, todos os itens avaliados tem que ter como resposta “Sim”, indicando grau de conformidade.

Figura 35. Bundle de inserção de cateter central.

Kit de cateter contendo todos os materiais necessários ao procedimento? *
(bandeja de punção completa, campos grandes, gases, antisséptico, cateter, fio de sutura agulhado, lâmina bisturi, cobertura para curativo, mesas de apoio ou carrinho)

☒ Sim
☐ Não

O campo estéril é grande o suficiente para cobrir todo o paciente? *

☒ Sim
☐ Não

Ultrassom para guiar a inserção do cateter? *

☒ Sim
☐ Não

Bundle de inserção de cateter venoso central

Para cada resposta negativa, é importante:
NÃO DEIXAR O PROCEDIMENTO CONTINUAR! INTERROMPA O PROCEDIMENTO E ORIENTE A EXECUÇÃO CORRETA!
Assim, o dano não chega no paciente.

Que tipo de cateter venoso central será inserido? *
(obs: NÃO é considerado cateter central: cateter para PAM, fistula arteriovenosa, cateteres atriais, Balão intra-aórtico, dispositivo de assistência ventricular)

☐ CVC temporário duplo lúmen
☐ CVC temporário com mais de 2 lúmens
☒ Fio marcapasso COM lúmen
☐ PICC
☐ Cateter umbilical (venoso ou arterial)
☐ Cateter tunelizado de longa permanência (ex: Permcath, Port-a-cath e Hickman)
☐ Outro: _____

Houve mais de 1 tentativa de punção? *

☒ Sim, porém SEM mudança de sítio de inserção
☐ Sim, e também COM mudança de sítio de inserção
☐ Não

Curativo estéril com data de validade após o procedimento? *

☒ Sim
☐ Não

Escolha da subclávia como sítio preferencial para reduzir complicações infecciosas? * ☒ Sim ☐ Não	Nome do médico executor: * ...
Antissepsia com clorexidina alcoólica acima de 0,5%? (se sujidade visível na pele do paciente também é necessário clorexidina degermante 2%, caso contrário não é necessário degermação) * ☒ Sim ☐ Não	Antissepsia cirúrgica das mãos pelo médico executor da punção e higiene das mãos na técnica com álcool pelos profissionais auxiliares do procedimento? * ☒ Sim ☐ Não
Houve quebra de barreira durante a execução do procedimento? (qualquer ação que tenha comprometido a técnica asséptica) * ☒ Sim ☐ Não	Paramentação completa do médico executor e profissionais auxiliares? (Gorro, máscara, capote estéril, luvas estéreis) * ☒ Sim ☐ Não

Fonte: Elaboração própria – SCBM/2023

Quadro 9. Cuidados diários com os cateteres vasculares.



Utilizar técnica asséptica (estéril) para realização do curativo. O curativo do cateter vascular central deve ser privativo do enfermeiro. Poderá ser usada técnica asséptica com luva estéril, ou bandeja estéril de curativo (composta por 1 pinça kelly reta e 1 pinça anatômica, 1 tesoura, 1 cuba redonda) com luvas não estéreis de procedimento.

88



Utilizar cobertura transparente estéril com troca a cada 7 dias, ou se integridade prejudicada e/ou sujidade aparente.

Caso o curativo estiver com sangramento e for necessário utilizar gaze estéril e micropore, trocar a cada 48H ou se sujidade presente.

Atenção: Trocas menos frequentes e clinicamente indicadas podem ser usadas para recém nascidos ou outros pacientes com alto risco de complicações graves devido ao deslocamento do cateter.



Utilizar clorexidina alcoólica para realização do curativo. Deixar o produto secar espontaneamente

Atenção: Avaliar se os benefícios superam os riscos no recém-nascido.





Desinfetar conectores com gaze estéril embebida em álcool a 70% antes de administração de medicamentos por 10 seg.



Discutir diariamente a necessidade de permanência do cateter, pois quanto maior o tempo, maior o risco de IPCS



Trocar de equipos, polifix e demais extensores das linhas venosas a cada 7 dias, exceto se hemoderivados e infusões lipídicas e antibióticos administrados intermitentemente.



Higienizar as mãos antes de manipular os cateteres. Mãos visivelmente limpas, utilizar álcool gel. Mãos visivelmente sujas, utilizar água e sabão.



Não deve ser realizada troca pré programada de cateteres centrais. Esta prática expõe o paciente ao risco de iatrogenias de acesso profundo e não reduz as taxas de infecção associada.



Trocar em até 72H os cateteres instalados em situação de emergência.

Proteger o acesso venoso com plástico antes do banho.



Toda vez que o cateter for trocado, deve-se também, trocar as linhas venosas e extensores.



Evitar uso de múltiplos lumens, torneirinhas de 3 vias, e muitas vias de acesso. Quanto mais vias de acesso, maior o risco de infecção.



Em caso de desconexão do sistema para infusão medicamentosa ou monitoração hemodinâmica, etc, proteger cobrir as conexões e ponta do equipo com tampas estéreis e de uso único.



Atenção: Os conectores devem ser trocados imediatamente em caso de desconexão, presença de sangue ou outra sujidade.



Para o cateter umbilical, a orientação é específica para realizar antissepsia do coto e da região peri-umbilical com iodopovidona (PVPI), solução de clorexidina alcoólica >0,5% ou clorexidina aquosa.

Figura 36. Bundle de manutenção do cateter central.

Bundle de cuidados com cateter venoso central

Estas ações são capazes de prevenir infecção da corrente sanguínea que tem altas taxas de mortalidade nos pacientes. Caso você encontre algo que não está conforme, além de registrar aqui no bundle, por favor, comunique a equipe assistencial para corrigir a falha imediatamente.

O paciente possui alguma das situações abaixo? *

- ☐ Necessidade de monitoração hemodinâmica e/ou uso de aminas vasoativas
- ☐ Nutrição parenteral prolongada
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Hemodiálise
- ☐ Acesso venoso em pacientes com veias periféricas muito ruins
- ☐ O paciente não apresenta nenhuma dessas características descritas acima

O curativo está limpo, seco e com integridade preservada? *

(não pode ter sujeirinha de sangue, não pode ter gotinhas de água lá dentro da película)

☒ Sim

☐ Não

O curativo e as linhas de acesso estão datados e com validade no prazo? *

☒ Sim

☐ Não

As linhas venosas e conectores estão livres de sujidade (sangue)?

☒ Sim

☐ Não

Limpar seleção

O cateter está fixado? *

☒ Sim

☐ Não

A inserção do cateter está livre de sinais flogísticos? (dor, rubor, calor e edema)

☒ Sim

☐ Não

Limpar seleção

Quadro 10. Recomendações para troca de dispositivos vasculares.

Dispositivo vascular	Tempo de troca
Transdutores de PAM Acessórios e soluções de flush	96 Horas ou se sujidade, troca do cateter, contaminação
Tampas estéreis para cânulas, polifix ou equipo.	Uso único (descartar após uso)
Cânulas (torneirinhas 3 vias)	Sempre junto do sistema de infusão, ou se sujidade, ou em caso de desconexão
Conectores sem agulha	Sempre junto do sistema de infusão, ou se sujidade, ou em caso de desconexão
Equipos, polifix, extensores, perfusores: - Na infusão contínua de medicamentos e soluções, PAM e demais sistemas fechados de monitorização hemodinâmica - Na infusão intermitente - Nas infusões lipídicas - Nas infusões de nutrição parenteral - Nas infusões de hemocomponentes.	- 7 dias, exceto para soluções lipídicas e hemoderivados - 24 Horas - 12 Horas - A cada etapa - A cada bolsa Ou se houver troca do cateter, contaminação e sujidade
Curativo com gaze e micropore	48 Horas
Curativo com filme transparente estéril	7 dias. Sem troca rotineira para pediatria, Recém nascidos e pacientes graves com risco de perda de CVC. Ou se sujidade e/ou perda da integridade.

91

É necessário atentar-se para alguns pontos no manejo das IPCS, identificando quando retirar o cateter. Um sinal importante para a retirada é ocorrência de febre, visto a inespecificidade deste sinal em decorrência de origem infecciosa, outras causas devem ser afastadas, principalmente no paciente crítico ou oncológico. Na maioria das vezes o cateter vascular central não é a fonte da infecção, visto que a febre se mantém e a cultura do CVC vem negativa. Portanto a decisão de retirada tem que ser muito bem avaliada para evitar exposição do paciente a outros riscos e também ao desperdício de recursos.

Métodos diagnósticos para identificar se a IPCS é associada ao CVC e guiar a retirada do cateter são muito úteis. Um exemplo é a Hemocultura pareada simultânea, uma coleta do

CVC e outra coleta de punção venosa periférica. Caso a hemocultura venha positiva, é necessário descartar a associação com mucosite nos pacientes oncológicos, bacteremia secundária a outro foco de infecção primário em pacientes não oncológicos. Caso o tempo de positividade do cateter seja menor que o da punção periférica, o crescimento microbiano ocorreu primeiro no cateter do que na cultura de veia periférica, então é necessário pensar em foco infeccioso de provável origem do cateter.

A decisão de retirar o CVC deve ser considerada e avaliada perante as situações abaixo:

- Se paciente com CVC ou arterial de curta permanência, sem sinais locais de infecção, mas com sinais sistêmicos, principalmente episódio febril agudo e o foco primário da febre não for identificado;
- Se paciente com IPCS complicada (tromboflebite séptica, endocardite, osteomielite, etc) ou não complicada (IPCS e febre resolvidas em 72H em pacientes sem prótese intravascular, sem endocardite ou tromboflebite, etc), e uso de CVC ou arterial de curta permanência;
- Se paciente com IPCS complicada ou não complicada, associada a CVC tunelizado ou implantável;
- Sinais de infecção no óstio de inserção do CVC de curta permanência;
- Sinais de infecção no óstio de inserção do CVC de longa permanência ou celulite, e se hemocultura pareada de acesso venoso periférico e CVC obtiver diferença de tempo de crescimento microbiano > 2 horas, instabilidade hemodinâmica por sepse, infecções causadas por: *Staphylococcus aureus*, *Candida spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus sp.*, *Micrococcus sp*, *Propionibacteria*, fungos ou micobactérias;
- Sinais de infecção no trajeto subcutâneo do CVC parcialmente implantado;
- Sinais de infecção na bolsa subcutânea onde se localiza o CVC tunelizado ou totalmente implantado;
- IPCS em pacientes com quadro séptico grave associado;
- IPCS em pacientes com instabilidade hemodinâmica;
- IPCS em pacientes com lesão valvar pré-existente ou endocardite;
- IPCS em pacientes com próteses endovasculares;
- Bacteremia pré-existente ou recorrente;
- IPCS em pacientes com tromboflebite séptica;



- IPCS em pacientes com osteomielite.

Figura 37. Padrão de curativo utilizado para CVC.



Fonte: Autoria própria da SCBM, 2023.

93

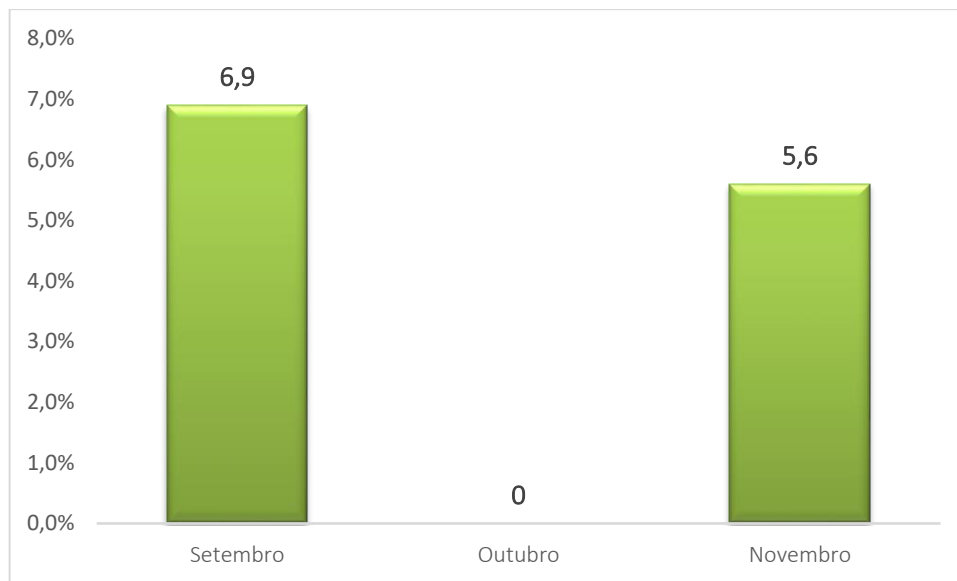
Muitas vezes a simples retirada do cateter infectado é acompanhado da resolução da febre. Se houver crescimento bacteriano significativo, a necessidade ou não de tratamento com antimicrobiano vai depender da situação clínica do paciente.

3.1.3 Resultados do indicador

O indicador retrata que através das ações desenvolvidas na Santa Casa de Barra Mansa, relacionadas ao acompanhamento do Protocolo Institucional de Prevenção de Corrente Sanguínea, está sendo possível manter os resultados abaixo da meta esperada, e com uma linha de tendencia favorável.

Segue abaixo indicadores dos últimos três meses:

Gráfico 18. Densidade de incidência de IPCS relacionada à CVC menor 8%.



3.2 Indicador de incidência de infecção urinária associada a cateterismo vesical de demora

94

O segundo indicador estabelecido foi a incidência de infecção de trato urinário associado a sondagem vesical, é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical.

Aproximadamente 16-25% dos pacientes de um hospital serão submetidos a cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização. A duração da cateterização é o fator de risco mais importante para desenvolver ITU.

As principais estratégias de prevenção de ITU: são a limitação da inserção do cateter urinário e, quando houver indicação, a diminuição do tempo de uso. Outros fatores de risco incluem sexo feminino, idade avançada e não manutenção de sistema fechado.

A morbidade atribuída a um único episódio de cateterização urinária é limitada, mas a alta frequência do cateter urinário em pacientes internados representa um risco acumulado substancial de ITU.

As práticas recomendadas para prevenção de infecção do trato urinário são: higienização adequada das mãos antes e após a inserção do cateter urinário; técnica asséptica na passagem do cateter urinário e sistema fechado; manutenção adequada do Cateter Urinário e revisão Diária da Indicação do Cateter Urinário, conforme protocolo institucional.



3.2.1 Acompanhamento do bundle de prevenção ITU

O Protocolo de Prevenção de ITU da Santa Casa de Barra Mansa conta com medidas assistenciais de prevenção e indica não utilizar cateter urinário, exceto nas seguintes situações:

1. Pacientes com impossibilidade de micção espontânea.
2. Paciente instável hemodinamicamente com necessidade de monitorização de débito urinário.
3. Pós-operatório, pelo menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto para cirurgias urológicas específicas.
4. Tratamento de pacientes do sexo feminino com úlcera por pressão grau IV com cicatrização comprometida pelo contato pela urina.

Sempre dar preferência ao cateterismo intermitente ou drenagem supra- púbica e uso de drenagem externa para o sexo masculino. Realizado acompanhamento diário nos rounds das indicações de SVD e possíveis pacientes para retirada.

95

Abaixo são citadas técnicas de inserção do cateter urinário:

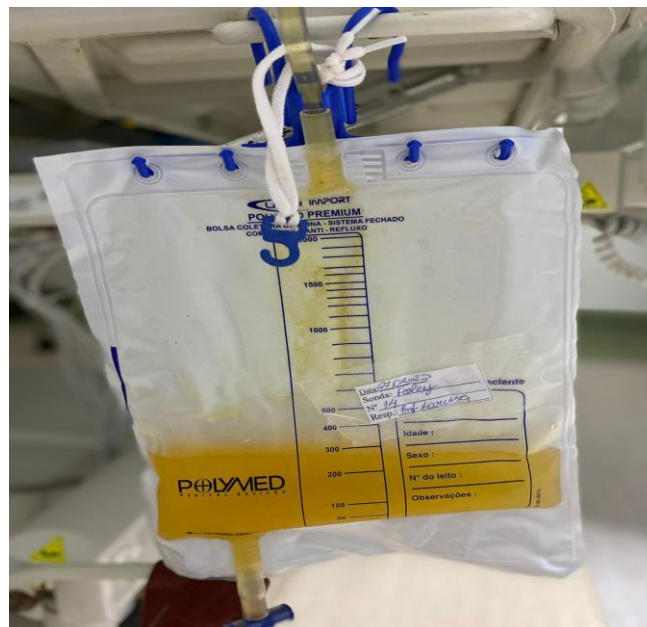
- 1) Reunir o material para higiene íntima, luva de procedimento e luva estéril, campo estéril, sonda vesical de calibre adequado, gel lubrificante, antisséptico preferencialmente em solução aquosa, bolsa coletora de urina, seringa, agulha e água destilada;
- 2) Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica para as mãos;
- 3) Realizar a higiene íntima do paciente com água e sabonete líquido (comum ou com antisséptico);
- 4) Retirar luvas de procedimento, realizar higiene das mãos com água e sabão;
- 5) Montar campo estéril fenestrado com abertura;
- 6) Organizar material estéril no campo (seringa, agulha, sonda, coletor urinário, gaze estéril) e abrir o material, tendo o cuidado de não o contaminar;
- 7) Calçar luva estéril;
- 8) Conectar sonda ao coletor de urina (atividade), testando o balonete (sistema fechado com sistema de drenagem com válvula antirreflexo);
- 9) Realizar a antisepsia da região perineal com solução padronizada, partindo da uretra para a periferia (região distal);



- 10) Introduzir gel lubrificante na uretra em homens;
- 11) Lubrificar a ponta da sonda com gel lubrificante em mulheres;
- 12) Seguir técnica asséptica de inserção;
- 13) Observar drenagem de urina pelo cateter e/ou sistema coletor antes de insuflar o balão para evitar lesão uretral. Sistema coletor deverá ficar abaixo do nível da bexiga, sem contato com o chão. Observar para manter o fluxo desobstruído;
- 14) Fixar corretamente o cateter no hipogástrio no sexo masculino e na raiz da coxa em mulheres (evitando traumas);
- 15) Assegurar o registro em prontuário e no dispositivo para monitoramento de tempo de permanência e complicações;
- 16) Gel lubrificante estéril, de uso único, com ou sem anestésico (dar preferência ao uso de anestésico em paciente com sensibilidade uretral);
- 17) Uso para cateter permanente: utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral.

96

Figura 38. Exemplo de cateter urinário.



Segue abaixo algumas recomendações:

Não há evidências de que o uso de sondas impregnadas com **prata ou antibiótico** diminui o risco de infecção (grau de recomendação B);

Cateteres de silicone mostram menor tendência a apresentar incrustações;

Cateteres hidrofílicos trazem mais conforto e igualdade devida ao paciente, porém não há evidências de redução de infecção;

O teste do balonete pode ser realizado em um dos seguintes momentos:

- Antes de dispor o material no campo estéril: aspirar a água destilada e testar o balonete, segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete;
- Dentro do campo estéril: colocar a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspirar a água destilada e testar a integridade do balonete.

Outras medidas realizadas mensalmente são os controles internos relacionados ao controle da qualidade da água, que é acompanhado pelo setor de infraestrutura e SCIH da SCBM. Em caso de sinalização de possível contaminação da água, o SCIH sinaliza ao setor de infraestrutura e SESMT para realização da coleta da água. Confirmando a contaminação, solicitamos uma tratativa interna com prazo curto e o seu devido acompanhamento até a conclusão das ações e normalidade da água.

97

Figura 39. Relatório de análise da qualidade da água.

Relatório de Ensaio Nº: 9602.2022.A- V.0

01. Dados Contratação:

Dados Interessado:
Interessado: Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
CNPJ/CPF: 28.683.712/0001-71
Endereço: Rua Pinto Ribeiro 205 Centro - Barra Mansa/RJ CEP: 27.310-420

Solicitante:
Razão Social: BestWater - Desenvolvimento de Projetos Ltda EPP
CNPJ/CPF: 02.763.418/0001-86
Endereço: Rua Princesa Isabel 22 Bairro: São João Cidade: Volta Redonda/RJ CEP: 27.275-350
Contato: A: Andressa Sales E-mail: bestwater@uol.com.br; bestwater@tecnologia.com.br
Proposta Comercial: 1919.2022.V2

02. Dados da Amostra fornecida pelo Cliente:
Descrição Ponto Coleta: 9602.2022 - Torreira do Exurgo da CME (Central de Material e Esterilização - C-Quirúrgico)
Endereço Amostragem: Rua Pinto Ribeiro 205, Centro - Barra Mansa/RJ CEP: -
Matriz e Origem Amostra: Água - Água Tratada
Característica da Amostra: Simples
Data de Amostragem: 19/08/2022 10:15:00
Data Recebimento: 19/08/2022 07:22:00
Data Conclusão Amostragem: 19/08/2022 10:15:00
Data Conferência: 31/08/2022 14:06:37
Responsável pela Amostragem Solicitante: Janaina
Responsável pela Conferência: Janaina

03. Resultados

Parâmetros	Resultados Analíticos	Un. Trab.	Portaria GM/MS Nº888	Un. L.Q./Faixa	Início Ensaio
Cobre Total	<0,007	mg/L	300	mg/L 0,007	19/08/2022
Dureza Total	14,951	mg/L	0,3	mg/L 0,070	19/08/2022
Ferro Total	0,183	mg/L	0,1	mg/L 0,010000	19/08/2022
Manganês Total	<0,010000	mg/L	0,1	mg/L 0,010000	19/08/2022
Coliformes Totais	Ausente	-	Ausente/100mL	PIA -	19/08/2022
Contagem de bactérias heterotróficas	<1,0	UFC/mL	N.A	UFC/mL 1,0	19/08/2022
Escherichia coli	Ausente	-	Ausente/100mL	PIA -	19/08/2022

Referência metodológica

Parâmetros	Metodologia
Dureza Total	SMWW236E - 2340 B
Contagem de bactérias heterotróficas	SMWW236E - 9215 A e B
Coliformes Totais, Escherichia coli	SMWW236E - 9223 B
Cobre Total, Ferro Total, Manganês Total	USEPA 60100, rev 04 e SMWW236E - 3030

As opiniões e interpretações expressas abaixo não fazem parte do escopo da acreditação deste laboratório.
As opiniões e interpretações: Considerando os resultados obtidos no relatório 9602.2022.A e 9602.2022.B, os parâmetros ATENDEM aos padrões estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº888 (04/05/2021). Dispõe sobre os parâmetros

04. Observações Importantes
Os resultados se referem somente aos itens ensaiados.

05. Regra de Decisão
1. Para declaração de conformidade, a regra de decisão adotada pela Ampro como padrão, não considera a incerteza de medição associada ao ensaio na comparação dos resultados analíticos com a normatização. Caso o cliente deseje um critério diferente do descrito acima, isso deve ser acordado entre ambas as partes e registrado nesta solicitação.
Notas: Se não houver nenhuma identificação de INFORMAÇÕES ADICIONAIS no Campo 02- DADOS DA AMOSTRAGEM, considerar a amostra conforme.

Nota 01. A temperatura da amostra no recebimento estava fora da especificação.
Nota 02. O prazo de validade da amostra foi excedido.
Nota 03. Amostras recebidas em condições anormais de transporte.
Nota 04. As embalagens apresentavam vazamento ou estavam amassadas.
Nota 05. A quantidade de amostra não era suficiente.
Nota 06. Recipientes de coleta inadequados.
Nota 07. Amostra sem conservantes adequados.
OBS: 1. Se houver alguma informação adicional acerca de Notas considerar a amostra não-conforme e verificar o motivo nas notas.

Eng. Ind. Química
Janaina Andrade Vieira
CRQ 04351456 - IV Região
Código de Verificação: 000990003631003527860202200000



Os reservatórios de água são devidamente limpos e acompanhados pelo setor de infraestrutura e SESMT, com periodicidade mediante o cronograma setorial.

Figura 40. Relatório de qualidade da água.

H₂ BESTWATER
DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS LTDA

BOLETIM DE MEDIÇÃO PARA POTABILIDADE

INFORMAÇÕES DO CLIENTE

Nome/Razão Social: Santa Casa De Misericórdia De Barra Mansa
 Tipo de Atividade: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
 Endereço: Rua Pinto Ribeiro, Nº 205
 Bairro: Centro
 Telefone: (0xx24) 99949-5462
 Contato: Marcelle Monteiro

CNPJ: 28.683.712/0001-71
 CEP: 27.310-420
 E-mail: marcelle.grandini@scbm.org.br
 Função: Engenheira de Segurança Trabalho

INFORMAÇÕES DA EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO

CTA Nº IN009625
 Validade: 28/10/2025
 RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA: Bestwater Desenvolvimento de Projetos Ltda.
 ENDEREÇO: Rua Princesa Isabel, Nº 22
 BAIRRO: São João
 MUNICÍPIO: Volta Redonda - RJ
 TELEFONE: (0xx24) 3212-0158
 EMAIL: bestwater.tecnico@uol.com.br
 CONTATO: Wagner Maciel Correa
 FUNÇÃO: Sócio - Gerente

INFORMAÇÕES DO LABORATÓRIO

CTA Nº IN011591
 VALIDADE: 16/03/2025
 RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA: Ampro - Laboratório e Engenharia Ltda - EPP
 ENDEREÇO: Rua General Góes Monteiro, Nº 678
 BAIRRO: Vila Zélia
 MUNICÍPIO: Lorena
 TELEFONE: (0xx12) 3159-1161
 EMAIL: www.amprolab.com.br
 CONTATO: Marco Antonio Souza Vieira
 FUNÇÃO: Engenheiro Químico

RESULTADOS DA ANÁLISE

RESERVATÓRIOS (PONTOS DE COLETA)	CLORO RESIDUAL (PPM) Valor de referência: 0,8 a 2,0	CÓLIFORMES TOTAIS Valor de referência: PIA = AUSÊNCIA UFC = 6	Escherichia coli Valor de referência: PIA = AUSÊNCIA UFC = 0
Torneira do Refeitório	1,0	AUSENTE	AUSENTE
Torneira do banheiro próximo à portaria	1,0	AUSENTE	AUSENTE
Centro Cirúrgico	1,0	AUSENTE	AUSENTE
UTI	1,0	AUSENTE	AUSENTE
Banheiro do estacionamento	1,0	AUSENTE	AUSENTE
Caixa d'água Laboratório	1,0	AUSENTE	AUSENTE
Caixa d'água Principal	1,0	AUSENTE	AUSENTE

HORARIO DA COLETA: 10:00
 DATA DA COLETA: 18/08/2022
 HORÁRIO DA ENTRADA NO LABORATÓRIO: 07:47
 DATA DA ENTRADA NO LABORATÓRIO: 19/08/2022

NOME DO RESPONSÁVEL PELA COLETA: WAGNER MACIEL CORREA
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA COLETA: *Wagner Maciel Correa*
 Wagner Maciel Correa
 Gerente Operacional
 BESTWATER DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS LTDA

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA EMPRESA: JOÃO ALBERTO DA GAMA BENTES
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA EMPRESA: *João Alberto da Gama Bentes*
 João Alberto da Gama Bentes
 Responsável Técnico
 CRQ Nº 0342.0524 3ª Região

BESTWATER DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS LTDA
 REGISTRO INEA Nº UN017824/55.61.20 - PROCESSO EXT-PD005 6472/2020 CNPJ: 02.763.419/0001-86 INSC. MUNICIPAL: 050714007
 SEDE: Rua Princesa Isabel, Nº 22, São João - Volta Redonda/RJ CEP: 27.253-350 TELEFONE: (0xx24) 3212-0158 CELULAR: (024) 99963-4525
 E-mail: bestwater.tecnico@uol.com.br / bestwater@uol.com.br

18/08/2022 - Página: 1/2

98

A SCBM é dedetizada mensalmente com uma empresa terceirizada, sendo acompanhada pela equipe da higienização do hospital, com cronograma prévio de dedetização periódica.



Figura 41. Relatório de dedetização.

DDSULF - Dedetização, Conservação e Limpeza Ltda.
CNPJ 01.392.440/0001-02 • Ins. Mun. 060.978.00-7
Av. Europa, nº 54 - Duzentos e Quarenta e Nove - CEP: 27265-250 - Volta Redonda - RJ
Site: www.ddsulf.com.br | E-mail: ddsulf@gmail.com.br | Tels.: (24) 3348-5382 • 3343-7231 | Cel: 98122-2834

COMPROVANTE DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS /
Controle de Vetores e Pragas Urbanas DATA: 14/09/2022 Nº DDS: 003391/22

INFORMAÇÕES DA EMPRESA ESPECIALIZADA:
CNPJ: 01.392.440/0001-02 Código Insc: UN041072/55.61.10 Nº: CRV Nº IN048504 Validade: 26/02/2023

INFORMAÇÕES DO CLIENTE:
Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA
Nome Fantasia: CASA DE MISERICORDIA CNPJ: 28.683.712/0001-71
Endereço: HOSPITAL RUA PINTO RIBEIRO, 205 CEP: 27310-420
Barro: CENTRO Telefone: 3325-8300 e 8359 Fax: BARRA MANSA E-mail: Funcleucimar.machado@scbm.org.br
Contato: 3325-8300 e 8359 Função: leucimar.machado@scbm.org.br

VETORES OU PRAGAS URBANAS CONTROLADOS:
☐ BARATA DE COZINHA ☐ BARATA DE ESGOTO ☐ RATO ☐ RATAZANA ☐ CAMUNDONGO ☐ PULGA
☒ CARRAPATO ☐ CUPIM SUBTERRÂNEO ☐ CUPIM DE MADEIRA SECA ☐ MOSCA ☐ MOSQUITO ☐ LACRAIA
☐ ESCORPIÃO ☐ FORMIGA ☐ TRAÇA ☐ ARANHA ☐ OUTRO ☒

ATIVIDADE DESENVOLVIDA:
☒ CONTROLE NÃO QUÍMICO Especificar: ☐ CONTROLE QUÍMICO

PRODUTOS QUÍMICOS E EQUIPAMENTOS EMPREGADOS: (INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO NO VERSO)

Código Insc	Grupo Químico	Nome do Princípio Ativo	Concentração de uso (%)	Diluição	Quantidade Total (kg)	Praga(s)-alvo	Equip (s)
001	PIRETRÓIDE	ALFA CIPERMETRINA	0,03	ÁGUA	3.000	BARATA	01
001	PIRETRÓIDE	BIFENTRINA	0,06	ÁGUA	3.000	LACRAIA	01
004	ORGANOFOSFÓRICO	IMIDACLOPRID	0,03	ÁGUA	2.500	FORMIGA	01
005	ORGANOFOSFÓRICO	TRIFLOROMETIL	0,05	ÁGUA	8.000	BARATA	01

INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR
A Garantia de Assistência Técnica - GAT é uma expressão utilizada pelas empresas de controle de pragas para definir o prazo de compromisso com o cliente pelos serviços prestados. 14 dias.
A GAT foi estabelecida pelo mercado com base em experiências técnicas agregadas às características biológicas e comportamentais do vetor ou da praga-alvo, do efeito residual dos produtos químicos utilizados, das condições físicas e ambientais do local que sofreu a ação de controle e da metodologia de aplicação. Veja os prazos da GAT no verso.
As aplicações espaciais de inseticidas para controle de mosquitos de importância em Saúde Pública, por Ultra Baixo Volume (UBV) ou por Termonebulização (FOG) somente poderão ser praticadas nas áreas externas das edificações e como metodologia complementar às demais ações de controle. Essas aplicações deverão ser realizadas, exclusivamente, nas primeiras horas da manhã ou nos finais de tarde, de acordo com o período de atividade da espécie-alvo.

MEDIDAS CORRETIVAS E/OU PREVENTIVAS

Praga-alvo	DESCRIÇÃO

APLICADOR Nome: Leucimar Machado Assinatura: [Assinatura]
RESPONSÁVEL TÉCNICO Nome: [Assinatura] Assinatura / Nº do Registro no Conselho de Classe: [Assinatura]
CLIENTE Nome: [Assinatura] Assinatura: [Assinatura] Data do serviço: 14/09/22

99

DDSULF - Dedetização, Conservação e Limpeza Ltda.
CNPJ 01.392.440/0001-02 • Ins. Mun. 060.978.00-7
Av. Europa, nº 54 - Duzentos e Quarenta e Nove - CEP: 27265-250 - Volta Redonda - RJ
Site: www.ddsulf.com.br | E-mail: ddsulf@gmail.com.br | Tels.: (24) 3348-5382 • 3343-7231 | Cel: 98122-2834

COMPROVANTE DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS /
Controle de Vetores e Pragas Urbanas DATA: 21/09/2022 Nº DDS: 003458/22

INFORMAÇÕES DA EMPRESA ESPECIALIZADA:
CNPJ: 01.392.440/0001-02 Código Insc: UN041072/55.61.10 Nº: CRV Nº IN048504 Validade: 26/02/2023

INFORMAÇÕES DO CLIENTE:
Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA
Nome Fantasia: CASA DE MISERICORDIA CNPJ: 28.683.712/0001-71
Endereço: HOSPITAL RUA PINTO RIBEIRO, 205 CEP: 27310-420
Barro: CENTRO Telefone: 3325-8300 e 8359 Fax: BARRA MANSA E-mail: Funcleucimar.machado@scbm.org.br
Contato: 3325-8300 e 8359 Função: leucimar.machado@scbm.org.br

VETORES OU PRAGAS URBANAS CONTROLADOS:
☐ BARATA DE COZINHA ☐ BARATA DE ESGOTO ☐ RATO ☐ RATAZANA ☐ CAMUNDONGO ☐ PULGA
☒ CARRAPATO ☐ CUPIM SUBTERRÂNEO ☐ CUPIM DE MADEIRA SECA ☐ MOSCA ☐ MOSQUITO ☒ LACRAIA
☐ ESCORPIÃO ☐ FORMIGA ☐ TRAÇA ☐ ARANHA ☐ OUTRO ☐

ATIVIDADE DESENVOLVIDA:
☒ CONTROLE NÃO QUÍMICO Especificar: ☐ CONTROLE QUÍMICO

PRODUTOS QUÍMICOS E EQUIPAMENTOS EMPREGADOS: (INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO NO VERSO)

Código Insc	Grupo Químico	Nome do Princípio Ativo	Concentração de uso (%)	Diluição	Quantidade Total (kg)	Praga(s)-alvo	Equip (s)
001	PIRETRÓIDE	BIFENTRINA	0,06	ÁGUA	10.000	BARATA LACRAIA	001
001	ORGANOFOSFÓRICO	IMIDACLOPRID	0,05	ÁGUA	2.500	FORMIGA	004
005	ORGANOFOSFÓRICO	TRIFLOROMETIL	0,05	ÁGUA	80.000	RATO	008

INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR
A Garantia de Assistência Técnica - GAT é uma expressão utilizada pelas empresas de controle de pragas para definir o prazo de compromisso com o cliente pelos serviços prestados. 14 dias.
A GAT foi estabelecida pelo mercado com base em experiências técnicas agregadas às características biológicas e comportamentais do vetor ou da praga-alvo, do efeito residual dos produtos químicos utilizados, das condições físicas e ambientais do local que sofreu a ação de controle e da metodologia de aplicação. Veja os prazos da GAT no verso.
As aplicações espaciais de inseticidas para controle de mosquitos de importância em Saúde Pública, por Ultra Baixo Volume (UBV) ou por Termonebulização (FOG) somente poderão ser praticadas nas áreas externas das edificações e como metodologia complementar às demais ações de controle. Essas aplicações deverão ser realizadas, exclusivamente, nas primeiras horas da manhã ou nos finais de tarde, de acordo com o período de atividade da espécie-alvo.

MEDIDAS CORRETIVAS E/OU PREVENTIVAS

Praga-alvo	DESCRIÇÃO

APLICADOR Nome: Leucimar Machado Assinatura: [Assinatura]
RESPONSÁVEL TÉCNICO Nome: [Assinatura] Assinatura / Nº do Registro no Conselho de Classe: [Assinatura]
CLIENTE Nome: [Assinatura] Assinatura: [Assinatura] Data do serviço: 21/09/22



A SCBM possui um PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde) instituído, e acompanhado mensalmente com destino adequado a cada categoria de resíduo gerado, com a emissão de manifestos mensais.

Figura 42. Relatório de resíduos.

inea INEA - Instituto Estadual do Ambiente

Página 1 de 1

MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS E REJEITOS MTR nº 2103427687

Identificação do Gerador

Razão Social: 77442 - Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
 Endereço: Rua Pinto Ribeiro, nº 205
 Município: Barra Mansa
 Nome do Responsável pelo Resíduo: Suelen Paula Campos de Carvalho Apolinário
 Telefone: (24) 3325-8300
 Fax/Tel: (24) 3325-8300
 Estado: RJ
 CFF/CNPJ: 124.912.307-04
 data de transporte: 15/01/2022
 MTE RJ 9025354
 Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Identificação do Transportador

Razão Social: 24313 - HIDROSERV AMBIENTAL LTDA
 Endereço: Avenida Presidente Kennedy, nº 3083
 Município: Barra Mansa
 Nome do Responsável: Bruno César
 Telefone: (24) 3325-8030
 Fax/Tel: (24) 3325-8030
 Estado: RJ
 CFF/CNPJ: 03.927.702/0001-03
 data de transporte: 15/01/2022

Identificação do Destinatário

Razão Social: 24982 - COMPANHIA ESTADUAL DE ÁGUAS E ESGOTOS CEDAE - Unidade: ETE Barra da Ilha
 Endereço: Avenida Ayrton Senna, nº 1791
 Município: Rio de Janeiro
 Nome do Responsável pelo Recebimento: Carga
 Telefone: (24) 3354-4827
 Fax/Tel: (24) 3354-4827
 Estado: RJ
 CFF/CNPJ: 33.352.394/0001-04
 data de recebimento:

Observações do Gerador

MANIFESTO REFERENTE DIA 14/01/2022

Identificação dos Resíduos

Nº	Código BARRA e Denominação	Estado Fluido	Classe	Acumulação	Qtd	Unidade	Tecnologia
1	20204 - Lixo de fraldas descartáveis	Líquido	SA	ESM - Torque	10.000,00	Tonelada	Tratamento de Efluentes

Observação do Recebimento dos Resíduos

Resíduo: Justificativa:

Identificação do Armazenador Temporário - AT

Razão Social: 44802 - Real Ambiental Enrl
 Endereço: Rodovia Presidente Dutra, nº 5/N
 Município: Resende
 CNPJ: 15.154.183/0001-77
 Telefone: (24) 3354-4827
 Fax/Tel: (24) 3354-4827
 Estado: RJ
 Data de recebimento no AT:

Este MTR não substitui o CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados.

Uma via física deste MTR deve acompanhar o Transportador.

Vias eletrônicas automaticamente estarão disponibilizadas para o Gerador, o Transportador, e

100

inea INEA - Instituto Estadual do Ambiente

Página 1 de 1

MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS E REJEITOS MTR nº 2103427536

Identificação do Gerador

Razão Social: 77442 - Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
 Endereço: Rua Pinto Ribeiro, nº 205
 Município: Barra Mansa
 Nome do Responsável pelo Resíduo: Suelen Paula Campos de Carvalho Apolinário
 Telefone: (24) 3325-8300
 Fax/Tel: (24) 3325-8300
 Estado: RJ
 CFF/CNPJ: 124.912.307-04
 data de transporte: 15/01/2022
 MTE RJ 9025354
 Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Identificação do Transportador

Razão Social: 24313 - HIDROSERV AMBIENTAL LTDA
 Endereço: Avenida Presidente Kennedy, nº 3083
 Município: Barra Mansa
 Nome do Responsável: Bruno César
 Telefone: (24) 3325-8030
 Fax/Tel: (24) 3325-8030
 Estado: RJ
 CFF/CNPJ: 03.927.702/0001-03
 data de transporte: 15/01/2022

Identificação do Destinatário

Razão Social: 24982 - COMPANHIA ESTADUAL DE ÁGUAS E ESGOTOS CEDAE - Unidade: ETE Barra da Ilha
 Endereço: Avenida Ayrton Senna, nº 1791
 Município: Rio de Janeiro
 Nome do Responsável pelo Recebimento: Carga
 Telefone: (24) 3354-4827
 Fax/Tel: (24) 3354-4827
 Estado: RJ
 CFF/CNPJ: 33.352.394/0001-04
 data de recebimento:

Observações do Gerador

MANIFESTO REFERENTE DIA 14/01/2022

Identificação dos Resíduos

Nº	Código BARRA e Denominação	Estado Fluido	Classe	Acumulação	Qtd	Unidade	Tecnologia
1	20204 - Lixo de fraldas descartáveis	Líquido	SA	ESM - Torque	10.000,00	Tonelada	Tratamento de Efluentes

Observação do Recebimento dos Resíduos

Resíduo: Justificativa:

Identificação do Armazenador Temporário - AT

Razão Social: 44802 - Real Ambiental Enrl
 Endereço: Rodovia Presidente Dutra, nº 5/N
 Município: Resende
 CNPJ: 15.154.183/0001-77
 Telefone: (24) 3354-4827
 Fax/Tel: (24) 3354-4827
 Estado: RJ
 Data de recebimento no AT:

Este MTR não substitui o CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados.

Uma via física deste MTR deve acompanhar o Transportador.

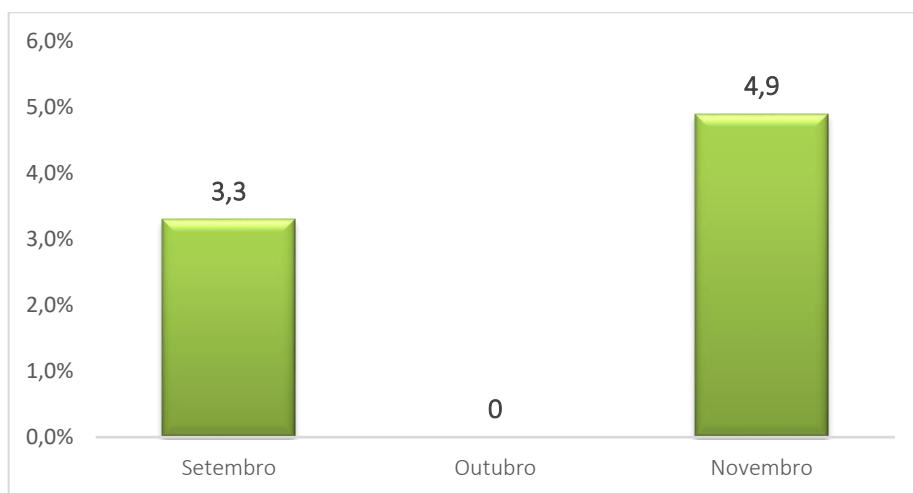
Vias eletrônicas automaticamente estarão disponibilizadas para o Gerador, o Transportador, e



3.2.2 Resultados do indicador

Abaixo demostramos nossos resultados de densidade de infecção relacionadas a SVD nos meses de setembro/ outubro / novembro:

Gráfico 19. Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD.

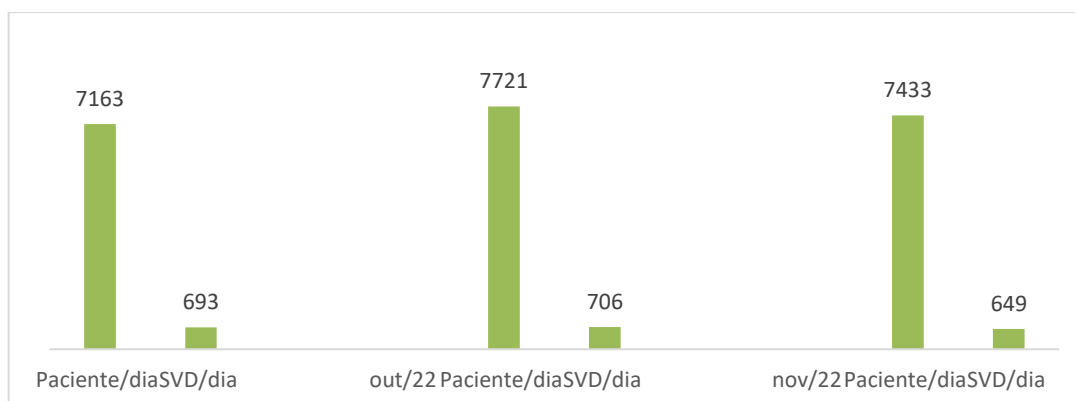


101

Observa-se que o indicador vem se mantendo dentro do esperado nos últimos meses. Continuaremos o acompanhamento da taxa de utilização de sonda vesical mensal setorial, com discussões internas nos rounds e treinamentos internos com as equipes multiprofissionais.

Nos gráficos abaixo demonstraremos os nossos resultados internos global relacionados ao número de pacientes/dia X utilização de SVD:

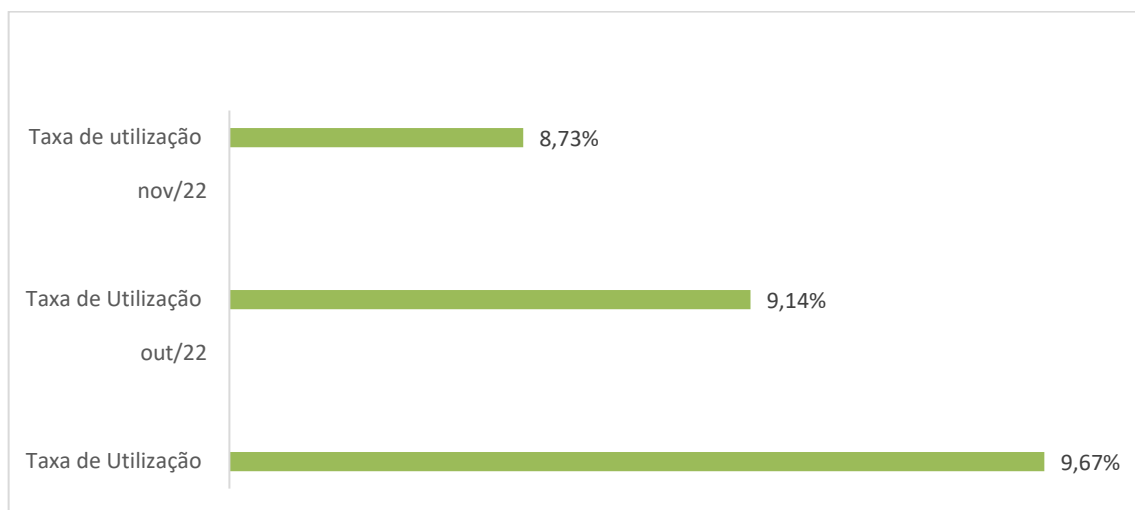
Gráfico 20. Número de pacientes/dia X utilização de SVD.



Os resultados demonstram que o número de paciente dia vem diminuindo e o número de SVD/dia por paciente também.

No gráfico a seguir, correlacionamos SVD/ dia com a taxa de utilização:

Gráfico 21. Correlação da SVD/dia x a taxa de utilização.



102

Os resultados demonstram uma queda na utilização de SVD global no hospital. Nosso trabalho é pautado no acompanhamento das indicações de SVD, e tempo de utilização. Esses resultados são levados para as reuniões da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e discutidos com os coordenadores médicos e de enfermagem. Trabalhamos a autonomia dos enfermeiros para maior controle e retirada das SVDs.

3.3 Indicador de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica

O último indicador estabelecido foi a incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica, nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

A Pneumonia Associada a Ventilação mecânica (PAV) é aquela que aparece após 48 horas de intubação endotraqueal e instituição da ventilação mecânica invasiva (VMI), ou 48 horas após a extubação, com presença de novo infiltrado pulmonar visualizado na radiografia de tórax, persistindo por mais de 24 horas sem outras causas explicáveis.

Dados do Estado do Rio de Janeiro em 2019 mostraram que a mediana da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica foi de 9,9 casos por 1.000 dias de uso de



ventilação mecânica invasiva em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) de Adultos. Estudos demonstram que a incidência desta infecção aumenta com a duração da ventilação mecânica e apontam taxas de ataque de aproximadamente 3% por dia durante os primeiros cinco dias de ventilação e depois 2% para cada dia subsequente.

A mortalidade global nos episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica varia de 20 a 60%, refletindo em grande parte a severidade da doença de base destes pacientes, a falência de órgãos e especificidades da população estudada e do agente etiológico envolvido. Estimativas da mortalidade atribuída a esta infecção variam nos diferentes estudos, mas aproximadamente 33% dos pacientes com PAV morrem em decorrência direta desta infecção.

Além da mortalidade, o impacto desta infecção, especialmente da PAV, traduz-se no prolongamento da hospitalização, em torno de 12 dias, e no aumento de custos.

Essas pneumonias são responsáveis por 15% das infecções relacionadas à assistência à saúde e aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas nas unidades de terapia intensiva.

103

A patogênese da PAV se dá pela interação entre patógeno e hospedeiro e variáveis epidemiológicas que facilitam essa dinâmica.

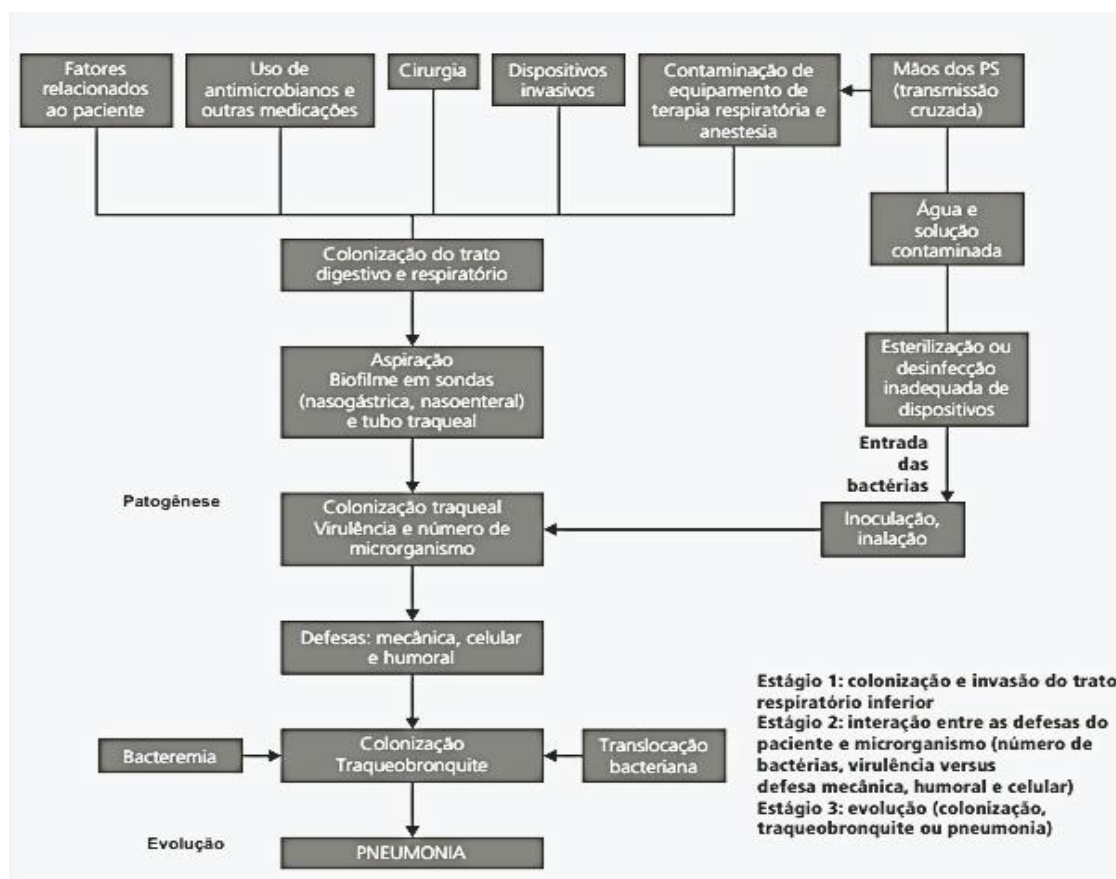
Os pacientes internados e, especialmente, os pacientes em ventilação mecânica fazem parte do grupo de risco aumentado para pneumonia. A principal origem das pneumonias é pela aspiração, e a principal fonte são as secreções das vias aéreas superiores, seguida pela inoculação exógena de material contaminado, ou refluxo gastrointestinal, que na maioria das vezes ocorre por microaspirações silenciosas e não frequentemente ocorrem macroaspirações. Raramente a pneumonia ocorre por disseminação hematogênica a partir de foco distante. Quando acontecem as macroaspirações o paciente pode entrar em um quadro de insuficiência respiratória grave e rapidamente progressiva.

As pneumonias hospitalares normalmente ocorrem nos lobos inferiores e nos segmentos posteriores destes, devido sua natureza aspirativa. Após a aspiração, o material contaminado impacta em brônquios de pequeno calibre e expande-se para o espaço alveolar ao redor, causando uma broncopneumonia. Como podem acontecer aspirações em momentos diferentes, um paciente pode ter mais de um foco de pneumonia e até mesmo com microrganismos diferentes.



Os fatores que aumentam a colonização da orofaringe e estômago, assim como as condições descritas que favorecem a colonização do trato respiratório e refluxo gastrointestinal e as condições que requerem uso prolongado da ventilação mecânica, são considerados fatores de risco modificáveis, que constituem o alvo das medidas preventivas.

Figura 43. Fisiopatogênese da PAV.



104

3.3.1 Ventilação mecânica invasiva (VMI)

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é definida como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – Continuou Positive Airway Pressure – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal, como explicado abaixo por meio das imagens.

- a) **CPAP acoplado à máscara:** Pressão positiva contínua nas vias aéreas ofertado de maneira NÃO invasiva, logo não é considerado VMI.

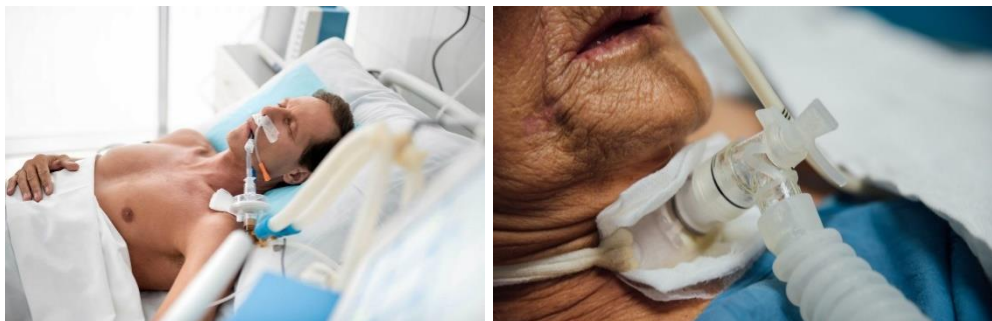
Figura 44. CPAP acoplado à máscara.



- b) **CPAP acoplado ao TOT ou TQT:** Pressão positiva contínua nas vias aéreas ofertado de forma invasiva por meio de tubo orotraqueal ou traqueostomia é considerada VMI.

105

Figura 45. CPAP acoplado ao TOT ou TQT.



3.3.2 Cálculo de denominadores de risco para PAV

Os setores assistenciais da SCBM: Unidade de Terapia Intensiva adulta, pediátrica e neonatal, Sala vermelha e amarela no pronto atendimento, deverão encaminhar mensalmente ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o somatório de pacientes com ventilação mecânica invasiva em cada dia no mês de referência.

Esses dados são essenciais para o cálculo do indicador de resultado: Densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica, para avaliação da qualidade assistencial de cada unidade de atendimento ao paciente, conforme monitoramento do serviço de controle de

infecção hospitalar.

3.3.3 Diagnóstico epidemiológico de PAV

O diagnóstico de PAV deve ser baseado em critérios clínicos, de imagem e laboratoriais padronizados pela ANVISA e divulgado na nota técnica 03/2023. Os critérios são separados conforme a idade, para os recém-nascidos há estratificação por categoria de peso ao nascer, e é considerado o estado de imunidade do paciente.

A saber, os critérios definidos pela ANVISA para notificação obrigatória:

- **Critério 1:** PAV definida clinicamente em adultos e crianças > 1 ano;
- **Critério 2:** PAV definida clinicamente em crianças > 28 dias e ≤ 1 ano;
- **Critério 3:** PAV definida microbiologicamente em adultos e crianças > 28 dias;
- **Critério 4:** PAV em imunodeprimidos – adultos e crianças > 28 dias;
- **Critério 5:** PAV em pacientes adultos com COVID-19;
- **Critério 6:** PAV em pacientes recém-nascidos ≤ 28 dias.

106

As medidas de prevenção recomendadas foram subdivididas em quatro subtemas: Educação da equipe de saúde; Vigilância de PAV e vigilância microbiológica; Prevenção de fatores de risco associados ao tratamento e Prevenção da transmissão de micro-organismos, conforme descrito em nosso protocolo institucional as principais medidas preventivas.

Quadro 11. Medidas de prevenção de Pneumonia associada a ventilação mecânica.

Cuidado ao considerar a NIPPV para tratar pacientes com comprometimento da consciência, lesão pulmonar aguda, síndrome do desconforto respiratório agudo, hipoxemia grave, acidemia grave ou ao continuar a NIPPV para pacientes cuja dispneia ou troca gasosa não respondem rapidamente à NIPPV.

A ventilação com capacete pode estar associada a melhores resultados do que a ventilação com máscara facial.

Para adultos e pediátricos: Protocolo de despertar diário ou protocolos de sedação como estratégias eficazes para minimizar sedação em adultos.

Usar preferencialmente estratégias multimodais e medicamentos que não sejam benzodiazepínicos para controlar a agitação.

Para adultos e pediátricos: Aspiração de secreção subglótica sempre que houver necessidade.



Para adultos e crianças > 3 anos: Escovação diária dos dentes. Adultos: antisséptico a base de clorexidina aquosa 0,12%. Crianças > 3 anos: pasta de dente com flúor. Para adultos e pediátricos: Considerar traqueostomia precoce.
Considerar alimentação pós pilórica em vez de alimentação gástrica em pacientes com alto risco de aspiração.
Manter ou melhorar o condicionamento físico e implementar protocolo de mobilização precoce.
Para adultos e pediátricos: Elevar a cabeceira 30-40°.
Colocar pacientes não intubados com insuficiência respiratória hipoxêmica aguda por COVID-19 em posição prona.
Troque o circuito do ventilador somente se estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento.
Para adultos e pediátricos: A mensuração manual da pressão do cuff não deve ser frequente, pois sugere perda de pressão e vazamento de fluido ao redor do cuff.
Em UTI neonatal, utilizar terapia com cafeína nas primeiras 72 horas após nascimento, para facilitar extubação em recém nascidos prematuros.
Em UTI neonatal, considerar: - Posicionamento reclinado lateral; - Posicionamento trendelemburg reverso.
Em UTI neonatal, considerar higiene oral: - Com água estéril, ou - Com colostro.
Em UTI neonatal, considerar evitar a sedação rotineira. Despertar diário não é prática em UTI neo e pode trazer riscos ao recém-nascido.
Em pacientes pediátricos, evitar sobrecarga hídrica. Monitorar em balanço hídrico.
Sepse pediátrica: iniciar diuréticos e/ou terapia de substituição renal precoce para crianças com SDRA e para crianças na fase pós-ressuscitação da seps
Em pacientes pediátricos, usar TOT com cuff.

3.3.4 Acompanhamento do bundle de PAV

Para fins de vigilância de processos e discussão de ações de melhoria contínua, os profissionais realizarão o bundle de prevenção de PAV para verificação de conformidades durante os cuidados diários, figura 49. Desta forma, esse instrumento avalia se todas as

medidas preventivas foram executadas durante os cuidados com paciente, não havendo falha assistencial não justificada que expõe o paciente ao risco de adquirir PAV. Uma medida não executada anula a conformidade total ao final do procedimento, ou seja, todos os itens avaliados têm que ter como resposta "Sim", indicando grau de conformidade.

Figura 46. Bundle de Prevenção de PAV Adulto - Pediátrico.

Seção 5 de 11

Bundle de cuidados com ventilação mecânica

A pneumonia associada a ventilação mecânica também está associada a alta mortalidade em pacientes, e contamos com sua ajuda para prevenir esse evento por meio dessas medidas abaixo...

Neste dia, houve discussão no round sobre a possibilidade de desmame da VM neste paciente? *

☐ Sim

☐ Não

Neste dia, houve ensaio de despertar diário (retirada da sedação conforme protocolo) *

☐ Sim

Foi realizada higiene oral 2x no dia (prescrito pelo enf e realizado pelo técnico) *

☐ Sim

☐ Não

A cabeceira está elevada 30 a 45°? *

☐ Sim

☐ Não

O balonete do cuff é aferido não mais que 2x no dia? *

☐ Sim

☐ Não

108

O filtro de barreira está posicionado logo na inserção do tot ou tqt e está livre de sujidade? *

☐ Sim

☐ Não

Figura 47. Bundle de Prevenção de PAV Neonatal.

Seção 9 de 11

Bundle PAV UTI neonatal

Esse bundle contempla medidas para evitar uso de ventilação mecânica e reduzir o tempo de ventilação mecânica

Foi utilizado VNI com pressão positiva para evitar intubação traqueal?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não indicado para este paciente

Foi realizado terapia com cafeína para apnéia dentro de 72H após nascimento? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Não indicado para este paciente

Foi avaliado/discutido possibilidade de extubação hoje? *

☐ Sim

☐ Não

Foi realizado cuidados orais com água estéril ou colostro?

☐ Sim

☐ Não

O paciente está sendo tratado sem sedação? *

☐ Sim

☐ Não

Abaixo estão listadas recomendações para troca de dispositivos ventilatórios.

Quadro 12. Medidas de prevenção de Infecção relacionada a assistência a saúde.

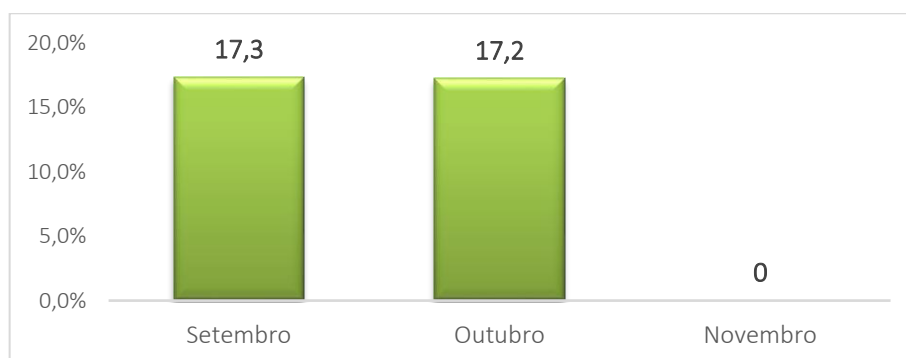
Dispositivo ventilatório	Tempo de troca
Circuito de ventilação mecânica invasiva	Não realizar troca rotineira. Apenas se sujidade ou acúmulo de líquidos
Filtros de barreira microbiológica e trocadores de umidade e calor: HMF, HME, HMEF ou HEPA	Trocar com 48H, ou antes se sujidade e saturação presente. Uso único (descartar após uso)
Sistema de aspiração fechado (trach care)	Trocar com 72H, ou antes se sujidade e mal funcionamento. Uso único (descartar após uso)
Inaladores e Nebulizadores, Tendas, máscaras e Reservatórios	Trocar a cada 24H
Água estéril e/ou medicamentos em nebulizadores/inaladores	Trocar a cada nebulização/inalação.
Escova de dente (higiene oral)	Trocar quando houver desgaste das cerdas

110

3.3.5 Resultados do indicador

Segue abaixo as taxas referentes aos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2022:

Gráfico 22. Densidade de incidência de pneumonia associada à VM menor 30%.



Observa-se um resultado favorável com uma linha tendencia positiva, zerando no último mês de novembro os casos de PAV na SCBM.

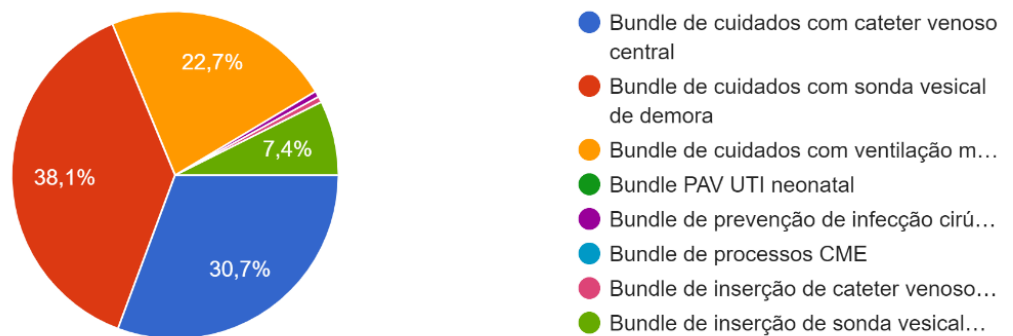
Ressaltamos que os casos são discutidos com as áreas na reunião da CCIH, com descrição de ações pontuais de melhoria para minimizar os casos.

Todas as ações de prevenção relacionadas a prevenção de PAV na SCBM, são devidamente acompanhadas através dos bundles setoriais, e de visitas técnicas pontuais.

Gráfico 23. Bundles setoriais.

Qual bundle você deseja avaliar?

339 respostas



111

Fonte: Dados da planilha de preenchimento dos bundles setoriais SCIH.

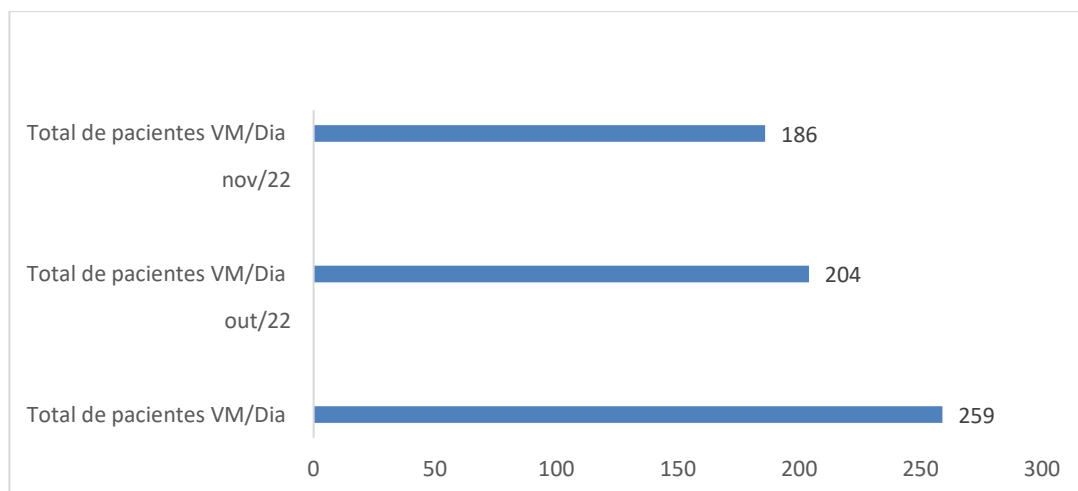
A SCBM possui um sistema de controle interno de oxigênio e gases medicinais garantindo toda oferta necessária aos nossos pacientes internados.

Nossos pacientes nas UTIs são acompanhados pela equipe da fisioterapia proporcionando as tentativas de despertar diário e o controle do uso de sedativos e de neuro bloqueadores pela equipe médica intensivista.

Acompanhamos o número total mensal de pacientes/dia em ventilação mecânica, conforme o gráfico abaixo:



Gráfico 24. Número total mensal de pacientes/dia em ventilação mecânica.



Esses dados demonstram uma redução no número de pacientes em ventilação mecânica/dia nas UTIs (adulto e neonatal), resultante de um monitoramento diário das equipes multiprofissionais para desmame dos pacientes, e minimizando os riscos inerentes da prática invasiva.

112

Continuaremos o trabalho contínuo com as áreas, na sinalização da importância do monitoramento dos pacientes.



4 PROTOCOLO DE EFETIVIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL

A desnutrição é definida como o estado resultante da deficiência de nutrientes que podem causar alterações na composição corporal, funcionalidade e estado mental com prejuízo no desfecho clínico. Pode ser causada por fatores de privação alimentar, doenças, idade avançada, de forma combinada ou isolada.

A desnutrição relacionada a doença não apenas predispõe a doença, mas também altera os desfechos da doença de várias maneiras, por influenciar os mecanismos fisiológicos e bioquímicos dos pacientes, prejudicar a resposta imunológica, as funções musculares e respiratórias, retardar a cicatrização, aumentar as complicações, prolongar a reabilitação e aumentar a duração da permanência hospitalar e a mortalidade. Esses impactos negativos nos desfechos dos pacientes justificam a abordagem de se fornecer suporte nutricional precocemente aos pacientes desnutridos.

Trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A taxa de desnutrição varia entre 20 e 50% em adultos hospitalizados, sendo 40 a 60% no momento da admissão do paciente em países latino-americanos. No Brasil, já em 1998, pelo Inquérito do IBRANUTRI, foi identificada a prevalência de desnutrição avaliada por meio da Avaliação Subjetiva Global (ASG) em pacientes internados foi de 48,1%, sendo 12,5% dos pacientes classificados como desnutridos graves na admissão e em torno de 75% perdem peso durante a internação por mais de uma semana, e a taxa de mortalidade é maior do que aquela esperada em pacientes adequadamente nutridos. Portanto, a detecção precoce do risco nutricional e da desnutrição, pode ser decisiva para a sobrevivência do paciente.

113

O presente relatório tem por objetivo descrever as ações do Protocolo de Prevenção de Desnutrição Intra-hospitalar e seu monitoramento.

Como forma de acompanhamento foi estabelecido o indicador de taxa de efetividade da terapia nutricional e meta de percentual de pacientes que melhoraram, a fim de monitorar a eficácia das condutas adotadas.

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Taxa de efetividade do atendimento nutricional	Percentual de pacientes que melhoraram ou mantiveram o estado nutricional após reavaliação superior a 50%



4.1 Nutrição Clínica e Terapia Nutricional da SCBM

Segundo a RDC 600/2018 do CFN, compete ao nutricionista clínico, prestar assistência nutricional e dietoterápica, promover educação nutricional, prescrever suplementos nutricionais, solicitar exames laboratoriais; elaborar a prescrição dietética, registrar em prontuário a prescrição e evolução nutricional, bem como realizar orientação nutricional na alta dos pacientes.

A abordagem nutricional adequada se configura como importante terapêutica para o paciente hospitalizado com o intuito de se prevenir, reverter ou amenizar o quadro de desnutrição e/ou seus efeitos. O cuidado nutricional, incluindo a qualidade da alimentação, tem efeitos benéficos na recuperação dos pacientes e na sua qualidade de vida e cabe ao profissional nutricionista realizar a triagem e avaliação do estado nutricional.

Importante destacar que a SCBM, atendendo a Portaria N.120 de 14/04/2009, é credenciada como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional pelo SUS, tendo formalizada a equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN). A EMTN é constituída pelos profissionais Médico Nutrólogo, Nutricionista, Enfermeiro e Farmacêutico e atua em todos os setores de internação do hospital: Prontos Socorro Adulto, Sala Amarela, Sala Vermelha, Clínica Médica, Clínica Psiquiátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, UTI Adulto e UTI Neonatal e Pediátrica.

114

O setor de nutrição clínica e EMTN da SCBM funciona em regime de plantão, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados. Atua diariamente através de procedimentos operacionais padronizados assistenciais, que norteiam o atendimento e a conduta clínica diária do nutricionista e dos demais profissionais envolvidos na terapia nutricional, em conformidade com o Protocolo de Prevenção da Desnutrição Intra-hospitalar.

O planejamento dietético inicia-se logo na admissão do paciente, que é realizada em até 24h da internação do paciente. O nutricionista clínico durante a visita beira leito, levanta os dados prévios com o paciente e/ou acompanhante. Os dados são aplicados nos formulários de triagem que serve para identificar o risco nutricional dos pacientes admitidos na instituição.

Os formulários nutricionais aplicado na instituição são: NRS-2002 e ASG (para adultos), MAN (para idoso), STRONG KIDS (para pediatria) e FARNEO (para neonatologia).

Os formulários são lançados no prontuário eletrônico, via sistema MVPEP.



A identificação do risco nutricional permite determinar o grau de complexidade nutricional dos pacientes.

Abaixo constam os modelos de formulários via sistema MV conforme supracitados.

Figura 48. Modelos NRS-2002 e ASG de avaliação nutricional para adultos.

Triagem Nutricional (NRS - 2002)

Avaliação Nutricional a partir do IMC
 Peso atual: 52.4 kg Estatura: 1.63 m IMC: 19.7 Kg/m²

Parte 1. Triagem inicial

1) IMC < 20,5? ☒ Sim ☐ Não
 2) Houve perda de peso nos últimos 3 meses? ☐ Sim ☒ Não
 3) Houve redução na ingestão alimentar na última semana? ☐ Sim ☒ Não
 4) Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI? ☐ Sim ☒ Não

Se a resposta for "Sim" para qualquer questão, continue e preencha parte 2.
 Se a resposta for "Não" a todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.
 Se for indicada uma cirurgia de grande porte descontinue e preencha a parte 2.

Parte 2. Triagem final

Estado nutricional	Gravidade da doença (aumento nas necessidades nutricionais)
☐ Ausente pontuação 0	☒ Ausente pontuação 0
☒ Leve Pontuação 1	☐ Leve pontuação 1
☐ Moderado Pontuação 2	☐ Moderado Pontuação 2

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL - ASG

PESO: 52.42 ALTURA: 1.63 IMC: 19.73
 CLASSIF: EUTROFIA
 DIAGNÓSTICOS: SURTO PSICÓTICO
 MORADOR DE NOVA IGUAÇU

A. História

1. Alteração no peso
 Perda total nos últimos 6 meses: total = kg % perda =
 Alteração nas últimas 2 semanas: ☐ Aumento ☒ Sem alteração ☐ Diminuição

2. Alteração na ingestão alimentar
☒ Sem alteração
☐ Alterada duração = semanas
 Tipo: ☐ Dieta sólida sub-ótima ☐ Dieta líquida completa ☐ Líquidos hipocalóricos ☐ Inanição

3. Sintomas gastrointestinais (que persistam por > 2 semanas)
☒ Nenhum ☐ Náusea ☐ Vômitos ☐ Diarréia ☐ Anorexia

4. Capacidade funcional
☒ Sem disfunção (capacidade completa)
☐ Disfunção duração = semanas

Figura 50. Modelo MAN (Mini Avaliação Nutricional) para idoso.

Avaliação MAN | Triagem Nutricional | Avaliação Subjetiva Global - ASG | Triagem Nutricional em Pediatria | Alergias | Diagnóstico | Triagem FARNNEO

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - MAN SCMBM

PESO: 81.2 kg ALTURA: 1.61 cm IMC: 31.3

DIAGNÓSTICO: #PIELONEFRITE
#PNEUMONIA

A Nos últimos três meses houve uma diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldades para mastigar ou deglutir. ☐ 0 = Diminuição grave na ingestão ☐ 1 = Diminuição moderada da ingestão ☒ 2 = Sem diminuição da ingestão	D Passou por algum estresse psicológico ou doenças aguda nos últimos três meses ☒ 0 = Sim ☐ 1 = Não
B Perda de peso nos últimos meses ☒ 0 = Não sabe informar ☐ 1 = Superior a 3 Kg	E Problemas neuropsicológico ☐ 0 = Demência ou depressão grave ☐ 1 = Demência leve

Figura 49. Modelo STRONG KIDS - Triagem nutricional em pediatria.

116

Avaliação MAN | Triagem Nutricional | Avaliação Subjetiva Global - ASG | Triagem Nutricional em Pediatria | Alergias | Diagnóstico | Triagem FARNNEO

Triagem nutricional em pediatria - STRONG Kids

Peso 11 Altura 1,0 IMC 11

Diagnóstico: PESO ADEQUADO PARA IDADE Data: 16/12/2022

- Avaliação nutricional subjetiva: a criança parece ter déficit nutricional ou desnutrição?

☐ Sim (1 ponto) ☒ Não (0 ponto)

Exemplos: Redução da gordura subcutânea e/ou da massa muscular, face emagrecida, outro sinal
- Doença (com alto risco nutricional) ou cirurgia de grande porte

☐ Sim (2 pontos) ☒ Não (0 ponto)

Exemplos: Anorexia nervosa, fibrose cística, AIDS, pancreatite, doença muscular, baixo peso para idade/prematuridade (idade corrigida 6 meses), doença crônica (cardíaca, renal ou hepática), displasia broncopulmonar (até 2 meses), queimaduras, doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino curto, doença celíaca, câncer, trauma, deficiência mental/paralisia cerebral, pré ou pós-operatório de cirurgia de grande porte, outra (classificada pelo médico ou nutricionista).
- Ingestão nutricional e/ou perdas nos últimos dias

☐ Sim (1 ponto) ☒ Não (0 ponto)

Exemplos: diarreia (>= 5x/dia), dificuldade de se alimentar devido à dor, vômitos (>3x/dia), intervenção nutricional prévia, diminuição da ingestão alimentar (não considerar jejum para procedimento ou cirurgia)
- Refere perda de peso ou ganho insuficiente nas últimas semanas ou meses

☐ Sim (1 ponto) ☒ Não (0 ponto)

Figura 51. Modelo FARNNEO - Ferramenta de avaliação do risco nutricional neonatal.

FARNNeo – Ferramenta de Avaliação do Risco Nutricional Neonatal	
1) Idade gestacional de nascimento	☐ RNT (> 37 semanas). (0 ponto) ☒ RNPT (= 28 até < 37 semanas). (1 ponto) ☐ RNPT extremo (< 28 semanas). (2 pontos)
2) Peso de nascimento	☒ PA (= 2500g). (0 ponto) ☐ BP (= 1500g até < 2500g). (1 ponto) ☐ MBP (= 1000g até < 1500g). (2 pontos) ☐ EBP (< 1000g). (3 pontos)
3) Doença e/ou condição clínica (com alto risco nutricional)	Anomalia congênita ou malformação que possa comprometer o trato gastrointestinal (exemplos: síndrome de Berdon, síndrome do intestino curto, atresia de esôfago, doença metabólica, enterocolite necrosante, fibrose cística, cardiopatia, hiperplasia/tumor, doença hepática, doença renal, hérnia diafragmática), cirurgia de grande porte, restrição de crescimento intrauterino, displasia broncopulmonar, condição que possa comprometer a alimentação e o estado nutricional, dificuldade de progressão da dieta (exemplos: distensão abdominal, resíduo gástrico, vômitos etc.), outra classificada pelo profissional. ☐ Sim. (2 pontos) ☒ Não. (0 ponto)

Uma vez identificado o risco nutricional, a equipe de nutricionistas procede com a avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência da panturrilha e do braço) visando conhecer o diagnóstico nutricional dos pacientes. A partir do diagnóstico nutricional, diagnóstico médico, análise dos exames laboratoriais e sintomatologia apresentada o nutricionista clínico é capaz de determinar de forma assertiva as metas calóricas e proteicas que o paciente deve receber. As metas calóricas e proteicas estão descritas no Protocolo de Prevenção da Desnutrição Intra-Hospitalar.

117

O planejamento dietético-nutricional dos pacientes internados, ou seja, a tomada de decisão sobre a via de administração de dieta (oral, enteral ou parenteral), o tipo de consistência de dieta oral (livre, branda, leve, pastosa, líquido-pastosa, líquida completa, líquida de prova) ou a formulação da dieta enteral e/ou parenteral a ser prescrita, inicia-se na determinação do risco nutricional, no diagnóstico nutricional, diagnóstico médico e sua evolução clínica.

Realizar o planejamento dietético de forma correta, possibilita o uso racional dos dispositivos relacionados a terapia nutricional, pois cada via de alimentação possui suas particularidades quanto ao tipo de administração e formulação.

Abaixo segue o algoritmo do planejamento dietético estipulado para a Santa Casa.

Figura 52. Algoritmo do planejamento dietético.



Os registros nutricionais e a prescrição são realizadas pelo Sistema MVPEP, conforme apresentado na Figura abaixo:

Figura 53. Prescrição nutricional efetuada no sistema MVPEP.

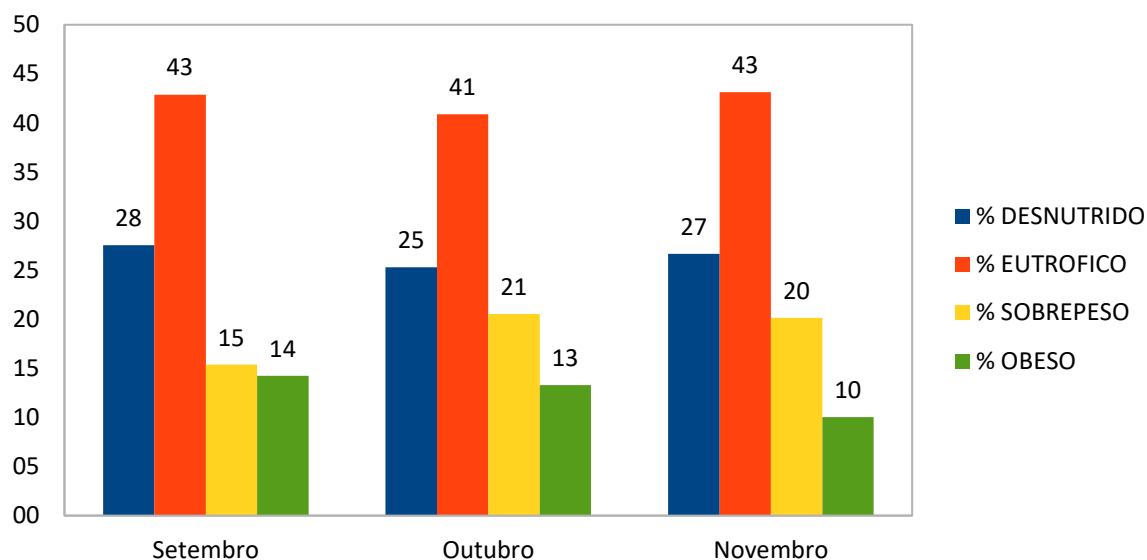
Figura 54. Evolução nutricional efetuada no sistema MVPEP.

119

4.2 Perfil nutricional dos pacientes internados na SCBM

Mensalmente é monitorado o perfil nutricional dos pacientes internados, a fim de conhecer o público atendido e explorar novas oportunidades de melhoria no atendimento, mantendo um padrão humanizado dentro do hospital. A contagem é feita somando-se todos os atendimentos do mês e de todos os setores, estabelecendo um indicador geral do hospital.

Gráfico 25. Acompanhamento do estado nutricional mensal dos pacientes internados.



Os dados apresentados são do período de setembro a novembro de 2022.

Tabela 4. Número total de atendimentos da equipe.

MÊS	N. TOTAL	MÉDIA/DIA
Setembro	4388 atendimentos	146 atendimentos
Outubro	4489 atendimentos	144 atendimentos
Novembro	4291 atendimentos	143 atendimentos

120

4.2.1 Dieta via oral

A dieta oral é a alimentação pela via fisiológica e é importante não apenas por oferecer nutrientes adequados ao organismo, mas também por atenuar o sofrimento gerado e trazer humanização para a experiência do paciente.

As dietas hospitalares orais podem ser padronizadas segundo as modificações qualitativas e quantitativas da alimentação normal, assim como da consistência, temperatura, volume, valor calórico total, alterações de macronutrientes e restrições de nutrientes, com isso podem ser classificadas a partir das suas principais características, indicações e alimentos ou preparações que serão servidos.



A composição da dieta via oral inclui: proteína animal, hortifrutigranjeiros, pães, leite, estocáveis em geral (arroz, feijão, fubá, farináceos, óleo, gelatina, manteiga, sucos, geleia e outros).

Abaixo analisamos a quantidade de refeições servidas por período, sendo o desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia.

Tabela 5. Tabela quantitativa de refeições servidas.

MÊS		Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	TOTAL
Set	Paciente	3871	3410	3448	3732	3392	3667	24681
	Acompanhante	536	0	1674	0	951	0	
Out	Paciente	4195	3717	3756	4036	3734	3865	26878
	Acompanhante	580	0	1908	0	1087	0	
Nov	Paciente	4081	3696	3608	3914	3642	3742	26242
	Acompanhante	646	0	1785	0	1128	0	

121

Conforme prescrição do nutricionista, um mesmo alimento pode ter várias apresentações e consistências. A consistência é definida conforme o diagnóstico médico, a capacidade absorptiva do trato digestivo e a capacidade de deglutição.

Figura 55. Dietas dos pacientes e suas consistências.





As modificações das consistências servem para garantir ao paciente a oferta adequada quanto as metas nutricionais (caloria e proteína) e de forma segura (protocolo de prevenção de broncoaspiração). Abaixo exemplificamos incluindo fotos reais das dietas dos pacientes e suas consistências.

122

Figura 56. Cardápios e formas de servir refeição para os pacientes e acompanhantes.



4.2.2 Suplementação em pó

Em casos de pacientes com baixa aceitação via oral ou com as necessidades nutricionais aumentadas devido ao diagnóstico médico, como nos pacientes oncológicos ou desnutridos, ou em casos de pacientes com lesão por pressão, feridas com difícil cicatrização, com hipoalbuminemia ou COVID há a necessidade de suplementar as refeições via oral com suplementos em pó para aumento do aporte calórico e proteico, a fim de garantir a oferta das metas nutricionais indicadas para cada paciente.

Na SCBM são utilizados dois tipos de suplementação em pó, sendo eles hipercalórico e hiper proteico.

A tabela abaixo exemplifica o consumo total dos suplementos orais no período analisado.

Tabela 6. Consumo dos suplementos orais.

Mês	Consumo de suplemento hipercalórico/hiper proteico
Setembro	15
Outubro	12
Novembro	18

123

Figura 57. Composição de refeição para ser entregue ao paciente.



Além dos itens de gêneros alimentícios e suplementos orais, outros itens compõem a oferta da dieta da dieta oral como descartáveis (guardanapo, talheres, copo de suco 200ml, copo para sobremesa 100ml, tampa para copo, marmitex de isopor, tampa para isopor), além do sachê de sal e azeite.

Alguns pacientes (como idosos, menores e portadores de necessidades especiais) têm o direito de ter um acompanhante para ajudar no acompanhamento nos cuidados aos pacientes deste grupo e auxiliam na oferta dos alimentos, pois alguns não conseguem se alimentar sozinhos e dependem de auxílio. Os casos em que ter um acompanhante está previsto em lei, é obrigatório a oferta das principais refeições aos acompanhantes (desjejum, almoço e jantar).

Em alguns casos, é necessário espessar a dieta via oral, quando o paciente apresenta disfagia (disfunção da mastigação/deglutição). Atendendo ao protocolo de prevenção de broncoaspiração, a dieta espessada é mais segura ao paciente e possibilita maior consumo alimentar, consequentemente garantindo o aporte calórico-proteico. O espessante deve ser adicionado nas preparações que serão consumidas por via oral e tornam o alimento mais espesso, evitando tosse ou engasgo.

124

Tabela 7. Tabela de Consumo dos espessantes para alimentos.

MÊS	Consumo de espessante para alimento
Setembro	7
Outubro	6
Novembro	7

4.2.3 Dieta enteral

A Resolução da ANVISA, RDC n. 503 de 27/05/2021, define nutrição enteral como sendo alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não,



conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar; visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

A nutrição enteral na SCBM é realizada por sistema fechado, através de bolsas de dieta enteral industrializada. Para a adequada administração da dieta enteral via sonda, é necessário os seguintes dispositivos: sonda nasoentérica, equipo de nutrição enteral, fixador de sondas e a bolsa de dieta enteral propriamente dita. Cada paciente em nutrição enteral, frente às suas necessidades nutricionais e clínicas possui indicação de uma formulação diferente de dieta enteral. Na SCBM são padronizadas 9 formulações diferentes de dieta enteral.

Figura 58. Dietas enterais.



125

Tabela 8. Consumo das dietas enterais.

MÊS	N. total de dietas enterais prescritas
Setembro	591
Outubro	660
Novembro	505

Tabela 9. Consumo dos equipos de dieta enteral.

MÊS	N. total de equipos enteral dispensados
Setembro	576
Outubro	640
Novembro	484

Tabela 10. Consumo das sondas nasoentéricas (SNE).

MÊS	N. total de SNE dispensadas
Setembro	65
Outubro	113
Novembro	108

Tabela 11. Consumo dos fixadores de sondas.

MÊS	N. total de fixadores dispensados
Setembro	277
Outubro	279
Novembro	224

126

4.2.4 Dieta parenteral

A Resolução do Ministério da Saúde, Portaria n. 272 de 08/04/1998, define nutrição parenteral como sendo solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

A nutrição parenteral na SCBM é realizada por bolsa industrializada. Para a adequada administração da dieta parenteral via intravenosa, são necessários os seguintes dispositivos:



- equipo fotossensível de nutrição parenteral
- a bolsa de dieta parenteral propriamente dita.

Cada paciente em nutrição parenteral, frente às suas necessidades nutricionais e clínicas possui indicação de uma formulação diferente. Na SCBM são padronizadas 2 formulações diferentes de dieta parenteral (uma para acesso venoso central e outra para acesso venoso periférico).

Figura 59. Administração de dieta parenteral.



127

Tabela 12. Consumo das dietas parenterais.

MÊS	Formulação	N. total de dietas parenterais prescritas
Setembro	Formulação 1	6
	Formulação 2	21
Outubro	Formulação 1	2
	Formulação 2	1
Novembro	Formulação 1	9
	Formulação 2	3

Formulação 1: Acesso Central

Formulação 2: Acesso Periférico

Tabela 13. Consumo dos equipos fotossensível de dieta parenteral.

MÊS	N. total de equipos fotossensíveis dispensados
Setembro	27
Outubro	3
Novembro	12

4.3 Resultados de melhoria na alimentação e nutrição na SCBM

As restrições ou modificações alimentares realizadas influenciam na aceitação das dietas hospitalares por parte dos pacientes, como exemplo as dietas com restrição de sal (hipossódicas), acarretando repetidas reclamações de falta de sabor nos alimentos. Ressalta-se que a “comida de hospital” é alvo de reiteradas críticas pelos pacientes internados, pois é vista como sem sabor, fria e de aparência ruim. A ingestão alimentar insuficiente é sempre atribuída, primeiramente, aos aspectos clínicos. No entanto, outros estudos observaram que os paciente não ingerem boa parte da alimentação que lhes é oferecida em razão apenas da doença, da falta de apetite e das alterações do paladar, mas também da mudança de hábitos e da insatisfação com as preparações e o ambiente hospitalar, além disso, a aceitação da alimentação também tem sido relacionada com o tipo de atendimento prestado.

128

Além da modificação de consistência e adaptação das preferências alimentares do paciente internado à prescrição nutricional, é importante adequar o atendimento humanizado, como dar à montagem da bandeja do paciente uma apresentação estética, por meio de talheres, guardanapo, disposição dos alimentos no prato, o horário de distribuição e a segurança microbiológica do alimento produzido. Alguns investimentos foram realizados para humanizar o atendimento, como melhoria nos utensílios de trabalho, visando a otimização do tempo de preparo e montagem dos pratos e entrega no horário adequado para que o paciente não fique longos períodos em jejum, bem como evitar a contaminação cruzada.

Aquisição de novos produtos de limpeza, proporcionando uma limpeza adequada dos utensílios utilizados na produção de alimentos.



Figura 60. Produtos para higiene na produção de alimentos.



129

4.4 Resultados do indicador de taxa de efetividade do atendimento nutricional

Para o monitoramento do protocolo de Prevenção da Desnutrição Intra-Hospitalar foi instituído o Indicador de Mensuração da Taxa de Efetividade da Terapia Nutricional, segue a ficha técnica do indicador:

Quadro 13. Ficha técnica do indicador de taxa de efetividade da terapia nutricional.

TAXA DE EFETIVIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
Objetivo Estratégico	Monitorar a evolução do estado nutricional dos pacientes durante a internação
Descrição	Quantificar o numero de pacientes que perderam medidas ou ganharam medidas durante a internação (na reavaliação nutricional)
Justificativa	Avaliar as metas nutricionais estipuladas conforme evolução do quadro clínico e nutricional dos pacientes internados
Fórmula	$\frac{\text{N. total de pacientes que melhoraram ou mantiveram o E N após reavaliação em período determinado} \times 100}{\text{N. total de paciente reavaliados no período}}$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Prontuário do Paciente (SoulMV – PEP). Anotações da nutrição
Frequência	Mensal
Meta	50,00%
Responsável informação	Nutricionista

130

A partir dos resultados, juntamente com a equipe define-se um plano de ação para otimização da terapia nutricional. A meta definida é que 50% dos pacientes internados mantenham ou melhorem o estado nutricional no período de internação.

Gráfico 26. Resultados da taxa de efetividade da terapia nutricional do período de Set/2022 a Nov/2022.

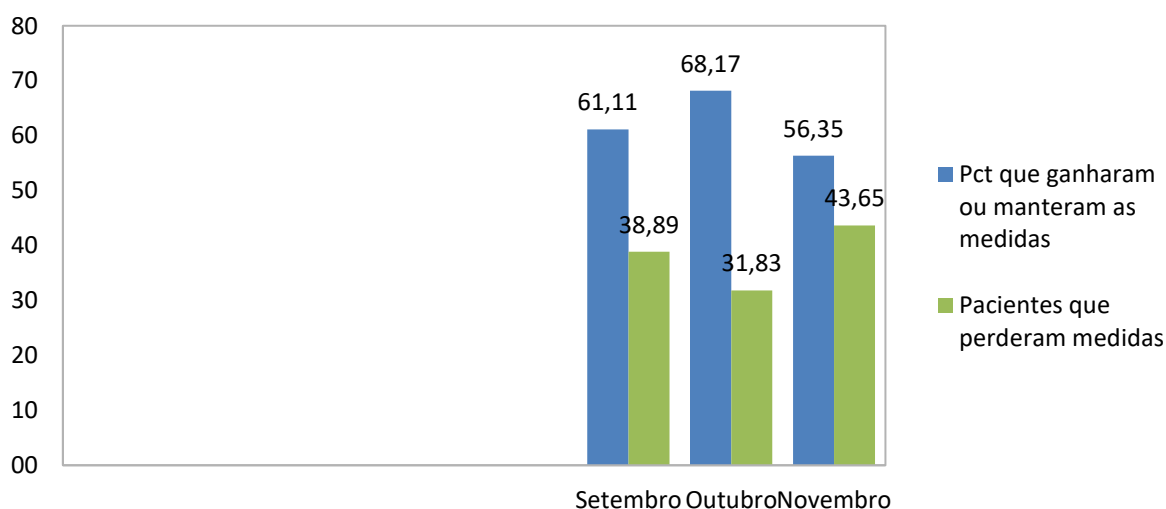
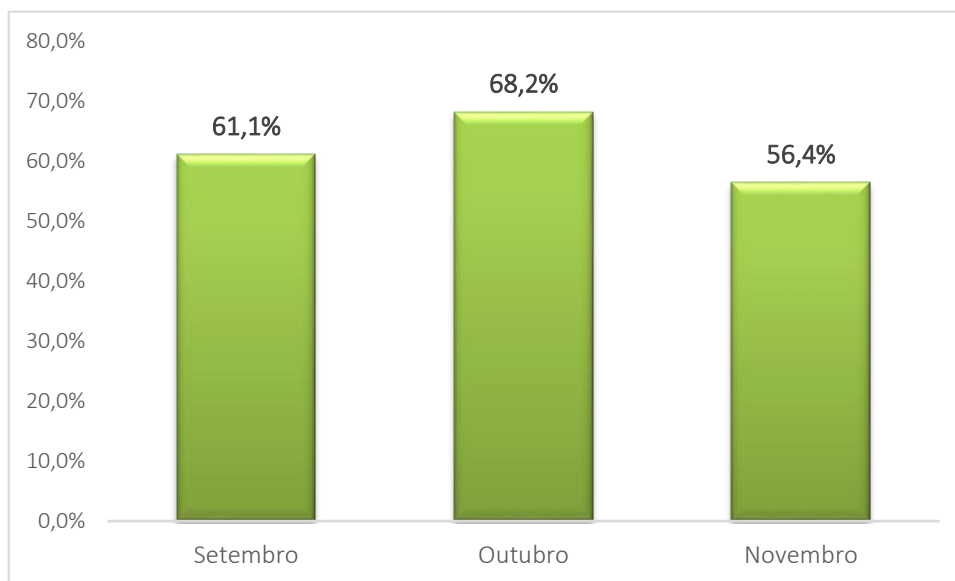


Gráfico 27. Porcentagem de pacientes com estado nutricional maior que 50%.



Os resultados dos meses analisados estão dentro da meta estipulada.

O plano de ação é feito com base na reunião com a equipe. Metas já definidas:

131

- 1) Adequação diária de cardápio conforme preferência dos pacientes;
- 2) Prescrição de suplementação calórica e proteica conforme protocolo nas receitas solicitadas pelos pacientes;
- 3) Prescrição de terapia enteral para pacientes com baixa ingesta, desnutridos e que não atendem a ingesta calórico-proteica calculada;
- 4) Teste de novas receitas suplementadas junto ao Serviço de Nutrição e Dietética;
- 5) Inclusão de sabores diferentes de suplementos para ampliar as opções de cardápio;
- 6) Aplicação criteriosa dos protocolos de indicação de terapia nutricional enteral e parenteral;
- 7) Trabalho de educação continuada junto aos acompanhantes quanto a ofertar os alimentos e observar a aceitação, preferências e sinais de disfagia para comunicar a equipe, visando a melhor tomada de conduta.
- 8) Acompanhamento humanizado e acolhedor junto ao paciente.

Frente a estes dados podemos destacar que a desnutrição e os desvios nutricionais ocasionam a redução da imunidade, aumentando, portanto, o risco de infecções, hipoproteinemia e edema, bem como a redução de cicatrização de feridas aumento do tempo



de permanência e consequentemente aumento dos custos hospitalares, entre outras consequências.

A identificação prévia do estado de desnutrição proteico-energética é bastante relevante para que haja um tratamento nutricional adequado e seja estabelecida no início da internação, com a finalidade de preservar ou recuperar a condição nutricional do paciente e evitar a instalação ou aumento da desnutrição e de suas adversidades.

Os investimentos em nutrição hospitalar proporcionam um melhor prognóstico do paciente internado, pois a adequada nutrição reduz tempo de internação, atenua a resposta inflamatória, reduz chance de infecção hospitalar e auxilia na manutenção da pele, reduzindo as chances de lesão por pressão.

O protocolo de prevenção da desnutrição intra-hospitalar garante o cálculo adequado das metas nutricionais, a fim de que o paciente receba suas necessidades nutricionais.

As diversas vias de nutrição (via oral, enteral, parenteral, fórmulas infantis) garante o atendimento individualizado, conforme a indicação clínica e nutricional, proporcionado a manutenção do estado nutricional.

132

O atendimento nutricional clínico é complementado pelo atendimento do serviço do de nutrição e dietética que produz e distribui as refeições de forma humanizada e acolhedora. O investimento em utensílios, material de limpeza e descartáveis permite agilidade e segurança microbiológica no atendimento e estão relacionadas com adequação de fracionamento, o controle de temperatura na distribuição dos alimentos tornam-se essenciais para melhorar a aceitação alimentar, suprimindo melhor as necessidades dos pacientes, o que poderá resultar no aumento da satisfação dos mesmos e na redução do tempo de hospitalização.

O conjunto de ações adotadas refletem os bons resultados do indicador de monitoramento, que se mantém dentro da meta estabelecida.



CONCLUSÃO

O presente relatório buscou demonstrar os resultados obtidos no trimestre de Setembro de 2022 a Novembro de 2022 referente às metas estabelecidas no plano de trabalho.

Considerando a visão da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa em ser a rede de serviços de saúde mais confiável e da mais alta qualidade, a instituição buscou apresentar os dados referentes ao desenvolvimento das ações que objetivam cumprir as metas, ajudando a salvar vidas, atendendo o maior número de pessoas com maior qualidade no serviço e maior eficiência.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AXIABIO. *Ampliação do reembolso da terapia nutricional com a adição da suplementação oral para tratar pacientes desnutridos em internação clínica: parecer técnico científico, custo efetividade e impacto orçamentário*. Disponível em: < http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Dossie/2021/20210701_Dossie_suplementacao_oral_CP_62.pdf>. Acessado em: 24/02/2023.

BARBIERI, José Carlo. *Logística Hospitalar – Teoria e Prática*, 3ª Edição. Editora Saraiva: São Paulo, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 mar. 2002.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 44 de 17 de agosto de 2009. *Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências*. Imprensa Nacional: Brasília, 2009.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 67 de 08 de outubro de 2007. *Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias*. Imprensa Nacional: Brasília, 2007.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 430 de 08 de outubro de 2020. *Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos*. Imprensa Nacional: Brasília, 2020.

BRASIL, Conselho Federal de Farmácia. Resolução Nº 492 de 26 de novembro de 2008. *Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada*. CFF: Brasília, 2008.

BRASIL, Conselho Federal de Farmácia. Resolução Nº 585 de 29 de agosto de 2013. *Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências*. CFF: Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 344 de 12 de maio de 1998. *Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial*. Imprensa Nacional: Brasília, 1998.



BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 4283 de 30 de dezembro de 2010. *Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais*. Imprensa Nacional: Brasília, 2010.

BRASIL, Presidência da República. Lei Federal Nº 13021 de 08 de agosto de 2014. *Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas*. Imprensa Nacional: Brasília, 2014.
BRASPEN, Campanha "Diga não à desnutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar.

BISSON, Marcelo Polacow; CAVALLINI, Mírian Elias. *Farmácia Hospitalar – Um Enfoque em Sistemas de Saúde*, 2ª Edição. Editora Manole: Barueri, 2010.

BORBA, BENETTI e FAGUNDES. *Prevalência de desnutrição em pacientes adultos internados em um hospital filantrópico de Frederico Westphalen-RS*. PERSPECTIVA, Erechim, v. 41, n. 153, p.61-71, março/2017.

CARVALHO et al. *Aceitabilidade de dietas hospitalares por pacientes internados em hospital universitário*. Link: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21723>. Acessado em: 24/02/23.

CECON, Fabrine. *Estruturação, Elaboração de Projetos e Farmácia Satélite*. Editora Contentus: Curitiba, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual*. Disponível em [http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_PatientSafetyProtocol CURRENT T.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_PatientSafetyProtocol_CURRENT.pdf). Atlanta, 2008. 98 p. Acesso em jul. 2008.

FERRACINI, Fábio Teixeira; BORGES FILHO, Wladimir Mendes. *Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar – Do Planejamento à Realização*, 2ª Edição. Editora Atheneu: São Paulo, 2010.

MANGRAM, A.J.; HORAN, TC; PEARSON, ML; SILVER, LC; JARVIS, WR et al. *Guideline for prevention of surgical site infection*. Infect Control Hosp Epidemiol, v. 20 (4), p. 247-69, 1999.

MEDICARE QUALITY IMPROVEMENT COMMUNITY. *Surgical care improvement project (SCIP)*. Disponível em: Acesso em jul. 2008. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf. Acesso em jul. 2008.



OLIVEIRA et al. *Desnutrição Hospitalar: uma abordagem nutricional*. Acessado: <https://vest.saocamiloes.br/midias/documentos/hotsite/expociencia/submissoes/2013/25c3be824816a46d696fb8943019b7faf254c2ec.pdf>. Acessado: 24/02/2023.

RIBAS, PINTO E RODRIGUES. *Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica?* Demetra; 2013; 8(2); 137-148.

SOUZA e NAKASATO. *A Gastronomia Hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados*. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):208-214.

SBRAFH, Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. *Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar*, 2ª Edição. Editora Manole: Barueri, 2020.

SBRAFH, Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. *Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e de Serviços de Saúde*, 3ª Edição. SBRAFH: São Paulo, 2017.

VERAS e FORTES. *Prevalência de desnutrição ou risco nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados*. Com. Ciências Saúde. 2014; 25(2): 157-172.

