

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

PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL

DEZEMBRO/JANEIRO/FEVEREIRO

2022-2023

**Santa Casa de Misericórdia
de Barra mansa**

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420

 24 3325.8300
  santacasabm
 www.scbm.org.br



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de notificação de eventos adversos.....	29
Figura 2. Modelo de notificação de evento adverso.....	30
Figura 3. Resumo das Principais Barreiras para a Dispensação Segura de Medicamentos na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa.	33
Figura 4. Prescrição Eletrônica de Medicamento Não Padronizado que exige Justificativa Clínica.....	34
Figura 5. Cadastro de Produtos.	35
Figura 6. Cadastro de Itens de Prescrição.	36
Figura 7. Formulário de Qualificação de Fornecedores.	38
Figura 8. Processo de fracionamento na farmácia (CAF).	40
Figura 9. Processo de armazenamento e distribuição na farmácia (CAF).....	42
Figura 10. Tela de Avaliação Farmacêutica da Prescrição no Prontuário Eletrônico.....	44
Figura 11. Tela para registro das Intervenções feitas pelo farmacêutico.	45
Figura 12. Conferência Eletrônica de Medicamentos e Materiais Hospitalares Dispensados nas Farmácias.....	46
Figura 13. Checklist dos Carros de PCR.	48
Figura 14. Modelo de banner dos consultórios.....	57
Figura 15. Consultório médico do pronto atendimento com banner de orientação.....	57
Figura 16. Fisiopatogênese da IPCS.	60
Figura 17. Cateter profundo inserido diretamente no grande vaso sem tunelização.	61
Figura 18. Cateter Permcath (para hemodiálise), Portacath (para quimioterapia).	62
Figura 19. Cateter central de inserção periférica.	62
Figura 20. Cateter umbilical.....	63
Figura 21. Bundle de inserção de cateter central.	67
Figura 22. Bundle de manutenção do cateter central.....	70
Figura 23. Padrão de curativo utilizado para CVC.	73
Figura 24. Exemplo de cateter urinário.	78
Figura 25. Relatório de análise da qualidade da água.....	79
Figura 26. Relatório de qualidade da água.....	80
Figura 27. Relatório de dedetização.....	81



Figura 28. Relatório de resíduos.....	82
Figura 29. Fisiopatogênese da PAV.	86
Figura 30. CPAP acoplado à máscara.....	87
Figura 31. CPAP acoplado ao TOT ou TQT.....	87
Figura 32. Bundle de Prevenção de PAV Adulto - Pediátrico.	90
Figura 33. Bundle de Prevenção de PAV Neonatal.....	91
Figura 34. Modelos NRS-2002 e ASG de avaliação nutricional para adultos.	97
Figura 35. Modelo MAN (Mini Avaliação Nutricional) para idoso.	98
Figura 36. Modelo STRONG KIDS - Triagem nutricional em pediatria.	98
Figura 37. Modelo FARNNEO - Ferramenta de avaliação do risco nutricional neonatal.	99
Figura 38. Algoritmo do planejamento dietético.	100
Figura 39. Prescrição nutricional efetuada no sistema MVPEP.	101
Figura 40. Evolução nutricional efetuada no sistema MVPEP.....	101
Figura 41. Dietas dos pacientes e suas consistências.....	103
Figura 42. Cardápios e formas de servir refeição para os pacientes e acompanhantes.....	104
Figura 43. Composição de refeição para ser entregue ao paciente.....	105
Figura 44. Dietas enterais.....	107
Figura 45. Administração de dieta parenteral.....	109
Figura 46. Fórmulas Infantis	110
Figura 47. Produtos para higiene na produção de alimentos.	112



LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites.	46
Tabela 2. Infecções cirúrgicas no trimestre.....	52
Tabela 3. Resumo de acompanhamento dos pacientes.	56
Tabela 4. Número total de atendimento da equipe.....	102
Tabela 5. Tabela quantitativa de refeições servidas.	103
Tabela 6. Consumo dos suplementos orais.	105
Tabela 7. Tabela de Consumo dos espessantes para alimentos.	106
Tabela 8. Consumo das dietas enterais.	107
Tabela 9. Consumo dos equipos de dieta enteral.	108
Tabela 10. Consumo das sondas nasoentéricas (SNE).	108
Tabela 11. Consumo dos fixadores de sondas.	108
Tabela 12. Consumo das dietas parenterais.	109
Tabela 13. Consumo dos equipos fotossensível de dieta parenteral.	110
Tabela 14. Consumo de fórmulas dispensadas (latas)	110



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de intervenções cirúrgicas no período de Dez/2022 a Fev/2023.....	18
Gráfico 2. Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar.	19
Gráfico 3. Avaliação Morse (Quedas) - Dezembro/2022.	21
Gráfico 4. Avaliação Morse (Quedas) - Janeiro/2023.....	21
Gráfico 5. Avaliação Morse (Quedas) - Fevereiro/2023.....	22
Gráfico 6. Índice de quedas	22
Gráfico 7. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Dezembro/2022.	24
Gráfico 8. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) – Janeiro/2023.....	25
Gráfico 9. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Fevereiro/2023.....	25
Gráfico 10. Úlceras por pressão no período de Dez/2022 a Fev /2023.	26
Gráfico 11. Notificações de eventos adversos - Dez/2022 a Jan/2023	31
Gráfico 12. Notificações de eventos adversos - Fev/2023	31
Gráfico 13. Erros na prescrição de medicamentos.	51
Gráfico 14. Preparação alcoólica por ml.	53
Gráfico 15. Tempo Porta-ECG do período de Dez/2022 a Fev/2023.	55
Gráfico 16. Taxa de adesão a terapia medicamentosa do período de Dez/2022 a Fev/2023.	56
Gráfico 17. IPCS Dez 2022 a Fev 2023	74
Gráfico 18. Taxa de utilização de CVC	74
Gráfico 19. Bundles de CVC - manutenção UTI Neonatal 2023	75
Gráfico 20. Bundles de inserção CVC - Clínica Médica/Cirúrgica	76
Gráfico 21. Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD.....	83
Gráfico 22. Utilização de SVD.	83
Gráfico 23. Densidade de PAV Dez 2022 a Fev 2023	93
Gráfico 24. VM por dia - UTI.....	93
Gráfico 25. Bundles setoriais.....	94
Gráfico 26. Resultados da taxa de efetividade da terapia nutricional do período de Dez/2022 a Fev/2023.....	114
Gráfico 27. Porcentagem de pacientes com estado nutricional maior que 50%.....	114
Gráfico 28. Estado nutricional dos pacientes internados Dez 2022.....	116
Gráfico 29. Estado nutricional dos pacientes internados Jan e Fev 2023	116



LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.	12
Quadro 2. Plano de ação para melhorar a segurança do paciente e qualidade assistencial...27	
Quadro 3. Intervenções farmacêuticas na prescrição.....	43
Quadro 4. Carros de PCR.	47
Quadro 5. Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância.....	50
Quadro 6. Medidas de prevenção de IPCS associada a cateter central.....	65
Quadro 7. Cuidados diários com os cateteres vasculares.	68
Quadro 8. Recomendações para troca de dispositivos vasculares.	71
Quadro 9. Medidas de prevenção de Pneumonia associada a ventilação mecânica.	88
Quadro 10. Medidas de prevenção de Infecção relacionada a assistência a saúde.....	92
Quadro 11. Ficha técnica do indicador de taxa de efetividade da terapia nutricional.....	113



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	10
1.1 Indicador de taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar	11
1.1.1 Acompanhamento de rotina pré-operatória	11
1.1.2 Medidas de controle intraoperatória	15
1.1.3 Resultados do indicador	18
1.2 Indicador do índice de quedas e úlceras por pressão	19
1.2.1 Índice de quedas.....	19
1.2.2 Úlcera por pressão.....	23
1.2.3 Notificação de eventos adversos.....	27
1.3 Indicador taxa de erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos	32
1.3.1 Padronização	34
1.3.2 Cadastro dos itens	35
1.3.3 Qualificação de fornecedores.....	36
1.3.4 Recebimento.....	38
1.3.5 Fracionamento.....	39
1.3.6 Armazenamento e distribuição	41
1.3.7 Avaliação farmacêutica da prescrição	42
1.3.8 Separação e conferência dos medicamentos.....	45
1.3.9 Carros de PCR	47
1.3.10 Resultados do indicador	49
1.4 Indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade	51
1.5 Indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos	52
2 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE CARDIOLÓGICO	54



2.1	Indicador de tempo porta eletrocardiograma	55
2.2	Indicador de adesão a terapia medicamentosa	55
3	PROTOCOLO DE CONTROLE DE IRAS	59
3.1	Indicador de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central.....	59
3.1.1	Acompanhamento do bundle de prevenção IPCS.....	60
3.1.2	Diagnóstico epidemiológico de Infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) ..	64
3.1.3	Resultados do indicador	73
3.2	Indicador de incidência de infecção urinária associada a cateterismo vesical de demora	76
3.2.1	Acompanhamento do bundle de prevenção ITU	77
3.2.2	Resultados do indicador	83
3.3	Indicador de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	84
3.3.1	Ventilação mecânica invasiva (VMI).....	86
3.3.2	Cálculo de denominadores de risco para PAV	87
3.3.3	Diagnóstico epidemiológico de PAV.....	88
3.3.4	Acompanhamento do bundle de PAV	89
3.3.5	Resultados do indicador	92
4	PROTOCOLO DE EFETIVIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL.....	95
4.1	Nutrição Clínica e Terapia Nutricional da SCBM	96
4.2	Perfil nutricional dos pacientes internados na SCBM	101
4.2.1	Dieta via oral.....	102
4.2.2	Suplementação em pó.....	105
4.2.3	Dieta enteral.....	106
4.2.4	Dieta parenteral.....	108
4.2.5	Fórmulas Infantis	110



4.3 Resultados de melhoria na alimentação e nutrição na SCBM	111
4.4 Resultados do indicador de taxa de efetividade do atendimento nutricional.....	113
CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
APÊNDICE A – PROTOCOLOS REVISADOS.....	121
APÊNDICE B – PLANO DE TRABALHO.....	344
APÊNDICE C – PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	354



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.

9

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".

10

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.

11

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

12

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.

13

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.

14

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.

15

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.

16

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 antissepsia cirúrgica das mãos, utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara.

17

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

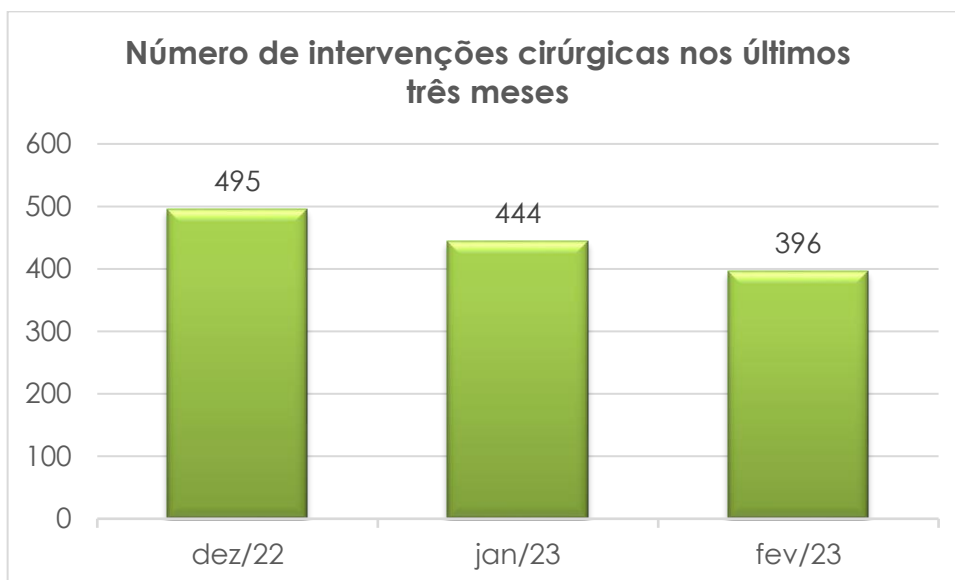
- Esterilização de todo o instrumental cirúrgico;
- Não utilizar a esterilização *flash* como rotina ou alternativa para a redução do tempo;
- Limpeza terminal mecânica do piso na última cirurgia do dia. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas;
- 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:

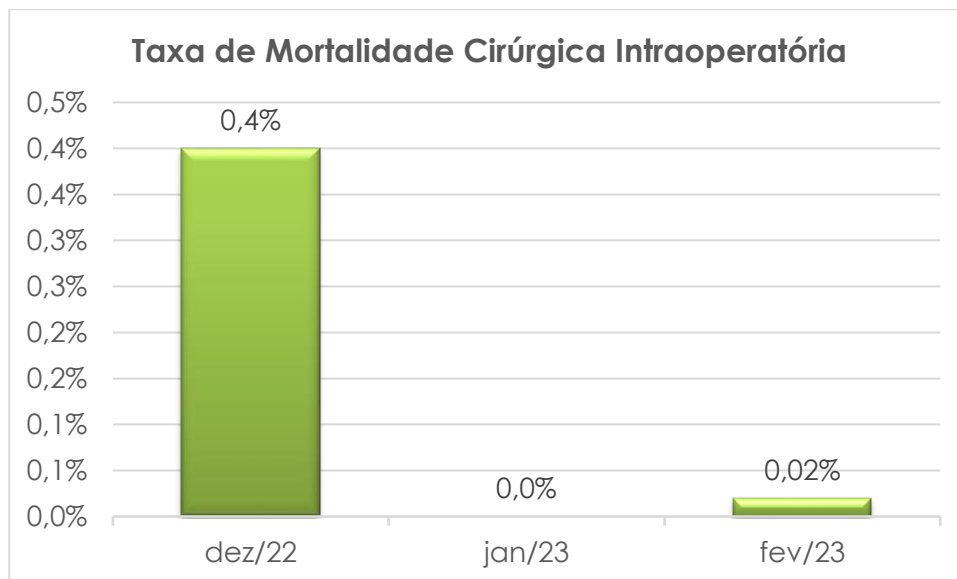
18

Gráfico 1. Número de intervenções cirúrgicas no período de Dez/2022 a Fev/2023.



Conforme estabelecido, segue abaixo as taxas de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco dos últimos três meses:

Gráfico 2. Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar.



1.2 Indicador do índice de quedas e úlceras por pressão

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.

19

1.2.1 Índice de quedas

Quanto ao indicador de queda, cabe ressaltar que o paciente internado, geralmente, apresenta instabilidade devido a doenças crônicas, desconforto físicos agudos ou descompensação mental. Tais particularidades, somadas ao ambiente hospitalar desconhecido, consideravelmente, eleva o risco 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.

20

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 dezembro foram preenchidas 3454 escalas de Morse, 1008 pacientes com alto risco, 1371 de risco médio, em acumulado de 4246 pacientes/dia.

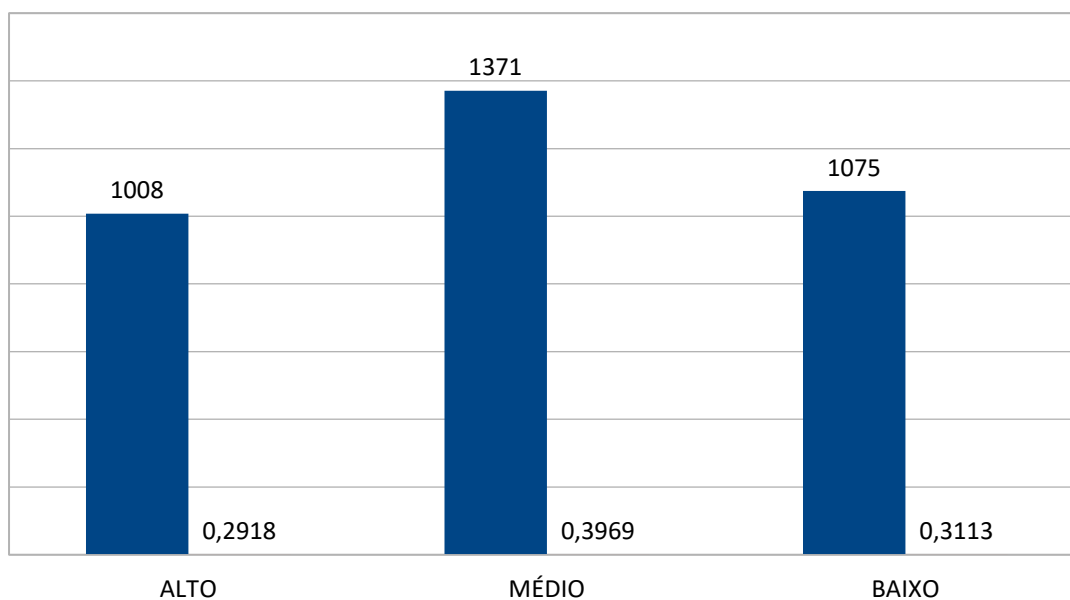
No mês de janeiro foram preenchidas 2963 avaliações de um acumulado de 4.420 pacientes/dia, onde foi possível identificar 1176 pacientes com risco alto, 1103 com risco médio.

No mês de fevereiro foram realizadas 2997 em um acumulado de 4312 pacientes/dia avaliações, onde foi possível identificar 969 com risco alto, 1253 pacientes com risco moderado.



Os gráficos a seguir exemplificam esses números:

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



21

Gráfico 4. Avaliação Morse (Quedas) - Janeiro/2023.

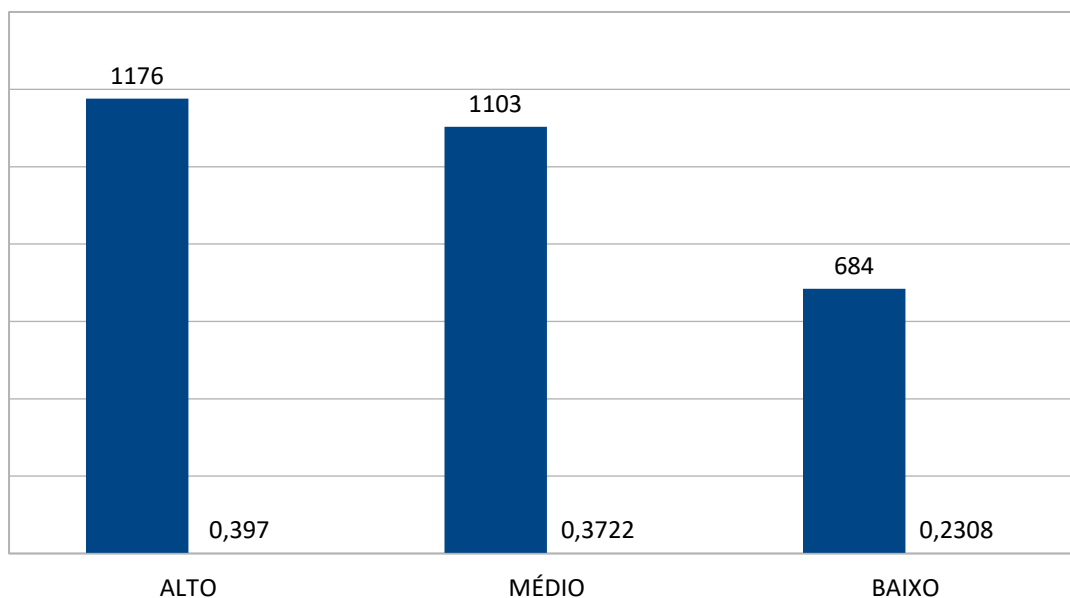
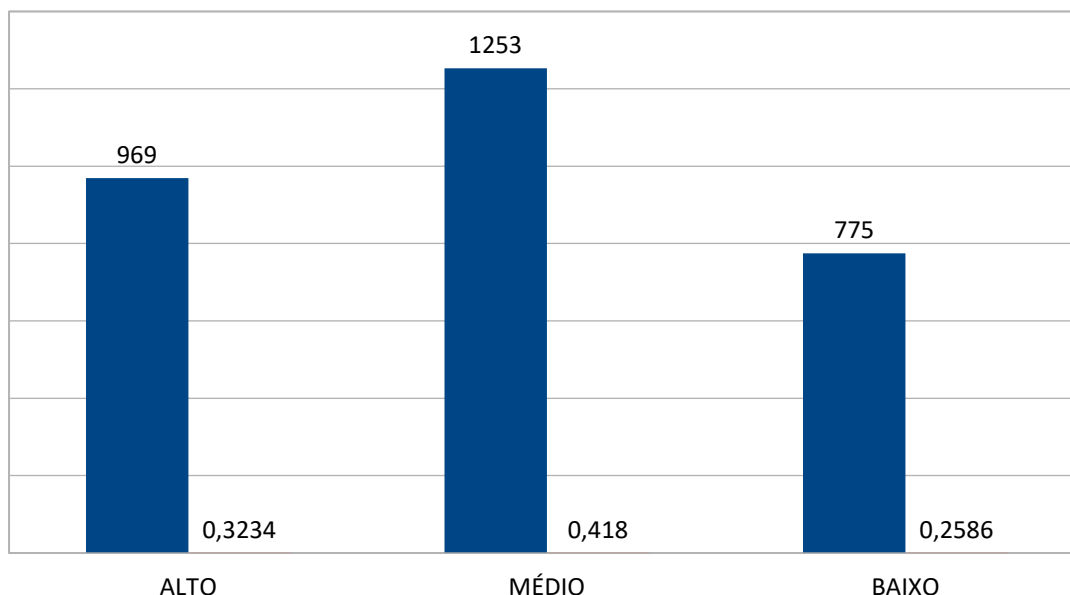


Gráfico 5. Avaliação Morse (Quedas) - Fevereiro/2023.



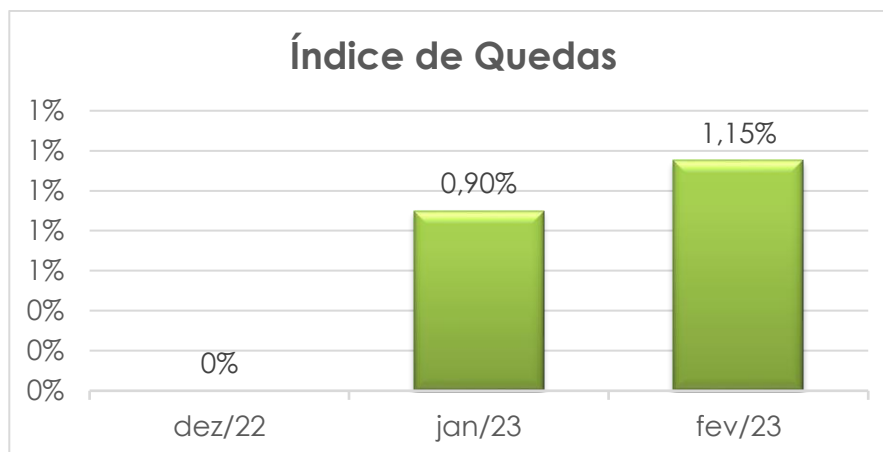
De acordo com os dados mensais monitorados, foi possível demonstrar em porcentagem as quedas do trimestre deste relatório.

22

Levando em consideração que a meta estabelecida é de 1,3, conseguimos manter a meta. Contudo, ações como a revisão do protocolo, notificação dos eventos (rotina), análise das não conformidades junto com o gestor e agendamento de treinamento para as equipes assistenciais foram realizadas.

O gráfico abaixo descreve em porcentagem este resultado.

Gráfico 6. Índice de quedas



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.

23

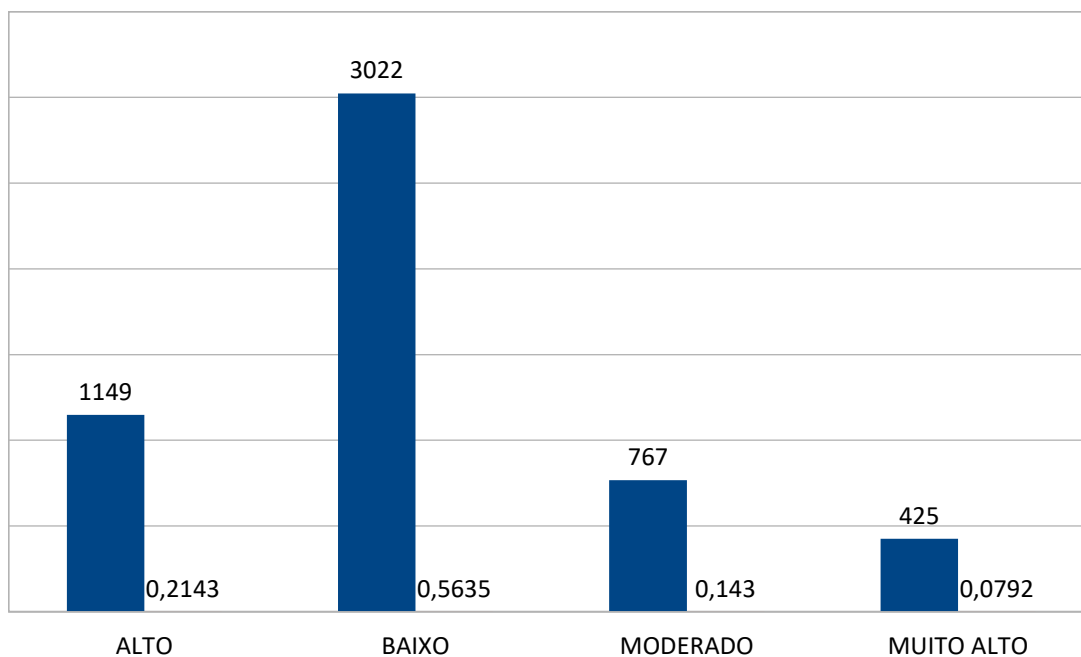
Diante da relevância deste evento a instituição implantou a realização de procedimentos que viabilizam a triagem dos pacientes no ato da admissão pelo enfermeiro através da escala de BRADEN e avaliação diária da pele dos pacientes estratificados como grau de moderado a alto para desenvolver LPP.

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) - Dezembro/2022.

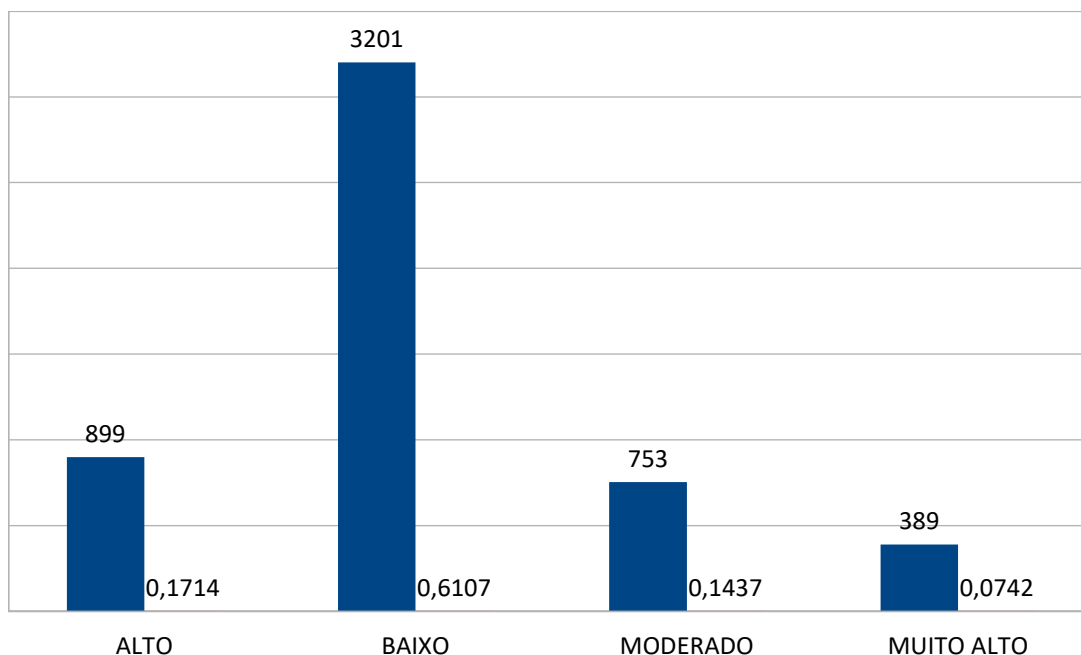


24

Foram preenchidas no mês de dezembro 5363 escalas de Braden, que evidenciou 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.



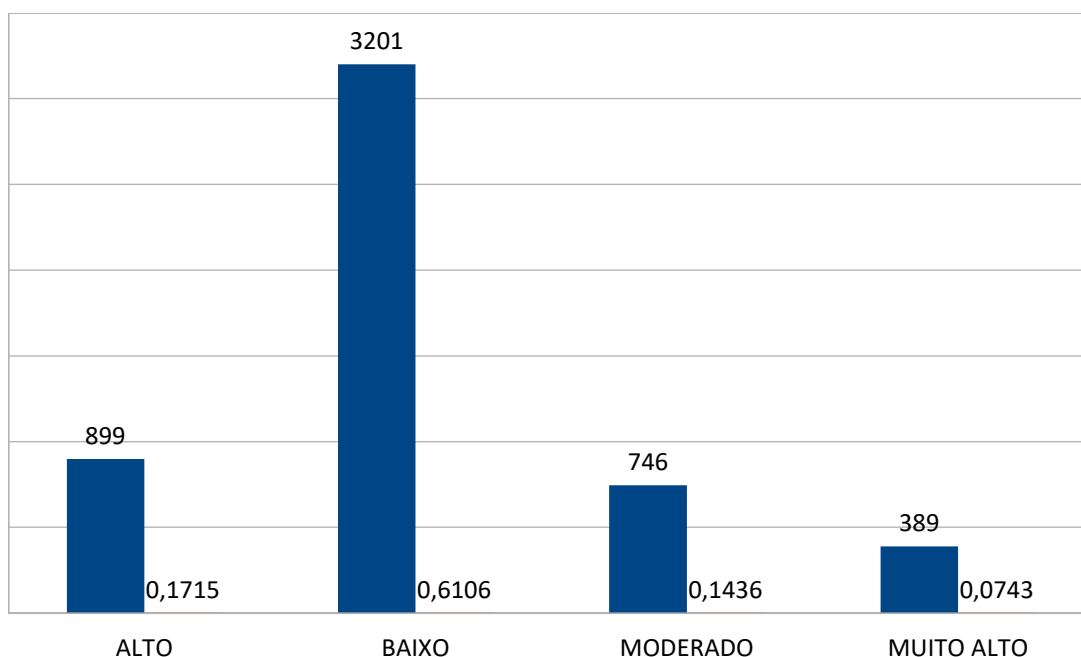
Gráfico 8. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) – Janeiro/2023.



Em janeiro foram preenchidas 5242 escalas de Braden, em 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.

25

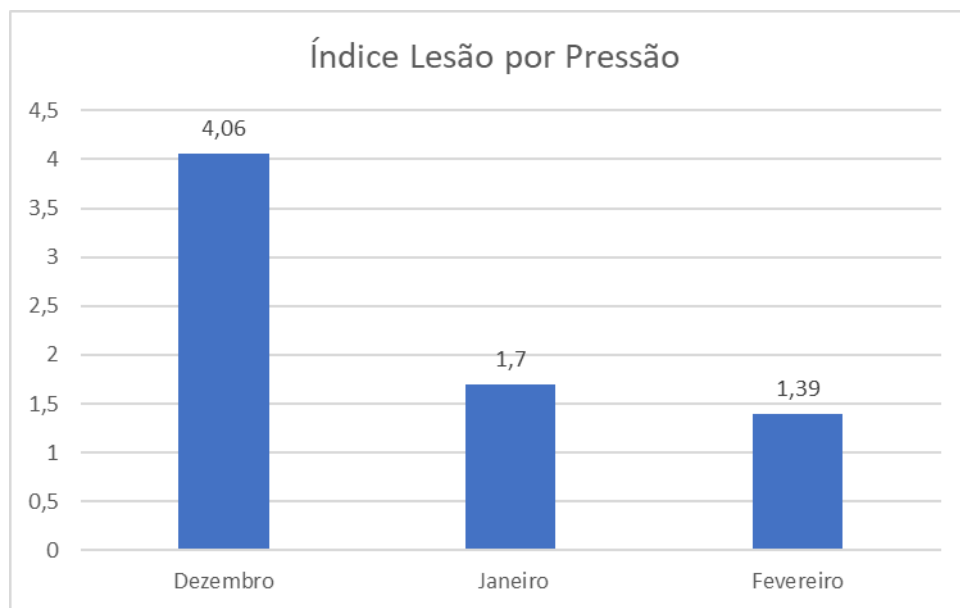
Gráfico 9. Avaliação Braden (Lesão por Pressão) - Fevereiro/2023.



No mês de fevereiro foram preenchidas 5235 escalas de Braden, e 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 Dezembro/2022 a Fevereiro/2023:

Gráfico 10. Úlceras por pressão no período de Dez/2022 a Fev /2023.



26

De acordo com os dados citados e monitorados acima, demonstra em porcentagem que tivemos um aumento das LPP no mês de dezembro e janeiro ficando muito acima da meta estabelecida de 1,3. O fator que aumentaram nossos indicadores foram os pacientes que deram entrada na unidade já com LPP instalada e foram notificados e tratados pela unidade, já no mês de fevereiro iniciamos a estratificação desses pacientes separando as lesões institucionais de lesões comunitárias. Estamos em processo de aplicação de medidas para melhoria do processo diariamente. 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
Revisão dos protocolos assistenciais de Segurança do Paciente.
Atualização e treinamento das equipes técnicas
Revisão sobre as coberturas utilizadas para curativos na unidade
Melhora das rotinas assistenciais de acordo com o grau de risco dos pacientes
Otimizar cuidados com os dispositivos e orientação da equipe sobre os cuidados

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.

27

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.

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.

28

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.

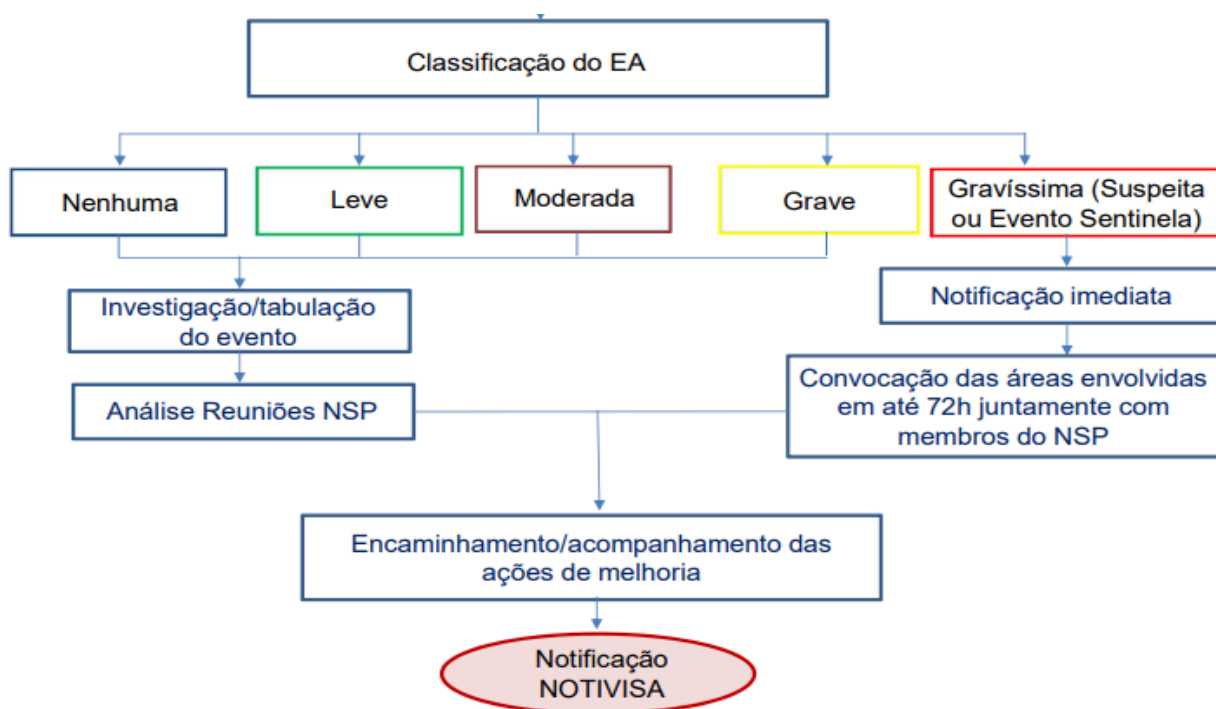


Essas notificações são captadas pelo escritório de qualidade que realiza uma triagem dos eventos e os eventos que são direcionados aos setores são discutidos com o gestor para entender a causa raiz do evento, e o desenvolvimento de propostas de melhoria do processo.

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.

Figura 1. Fluxo de notificação de eventos adversos.



29

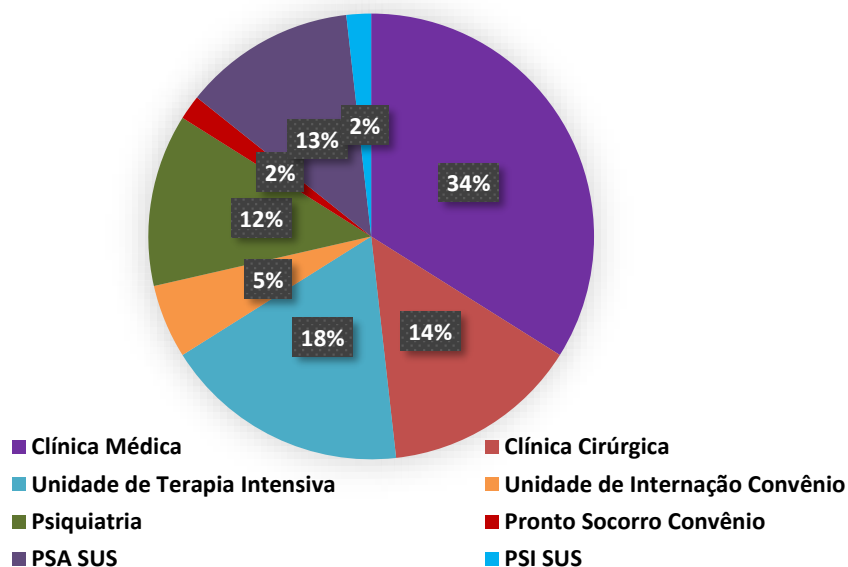


Figura 2. Modelo de notificação de evento adverso.

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 nasoenteral ☐ 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...)	

Gráfico 11. Notificações de eventos adversos - Dez/2022 a Jan/2023

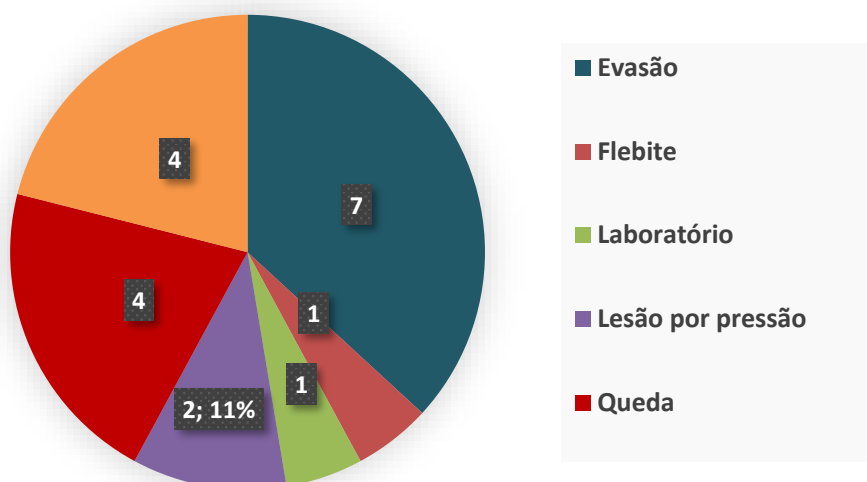
Notificações Dez2022/Janeiro2023



31

Gráfico 12. Notificações de eventos adversos - Fev/2023

Notificações de Fevereiro



No referente trimestre realizamos nesta unidade um total de 110 notificações de eventos adversos e temos observado uma crescente de notificações setoriais e um amadurecimento da equipe com relação as notificações de evento adverso. Isso demonstra que estamos evoluindo com as equipes na melhoria dos processos.



1.3 Indicador 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.

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.

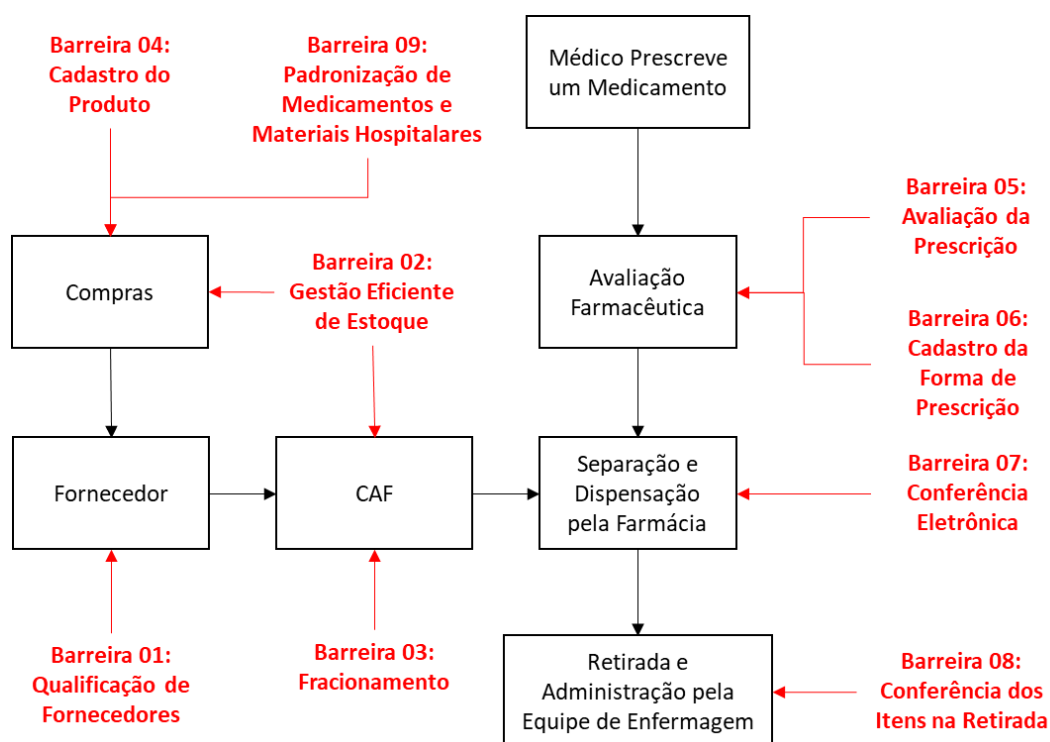
No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados Pubmed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medicativo erros” e “Brasil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados 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 3. Resumo das Principais Barreiras para a Dispensação Segura de Medicamentos na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa.



33

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.

1.3.1 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).

34

Figura 4. Prescrição Eletrônica de Medicamento Não Padronizado que exige Justificativa Clínica.



1.3.2 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.

Figura 5. Cadastro de Produtos.

35

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 6. Cadastro de Itens de Prescrição.

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

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

36

1.3.3 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:

- Condições do veículo de entrega;
- Controle da temperatura no transporte dos medicamentos;
- Organização das mercadorias no transporte;
- 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.

37

Abaixo segue um exemplo do formulário de qualificação de fornecedores.



Figura 7. Formulário de Qualificação de Fornecedores.

 Santa Casa 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: _____ _____ _____			

1.3.4 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;
- 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”.

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.

39

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).

1.3.5 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.

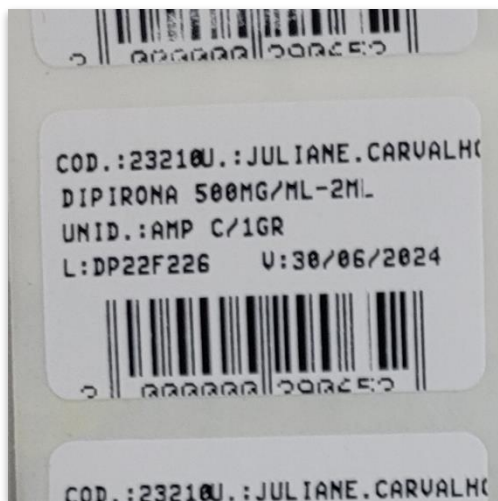
O processo de fracionamento é realizado em um medicamento e em um lote por vez, para garantir a segurança do processo e evitar erros no processo.

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 8. Processo de fracionamento na farmácia (CAF).



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



Medicamento Fracionado e Etiketado 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.

1.3.6 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.

41

O sistema de armazenamento, auxiliado pelo sistema de gestão informatizado, garantem um controle eficaz das validades, 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 9. 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

1.3.7 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.

Com base nas avaliações feitas, visando agilizar a dispensação e melhorar a qualidade e a segurança do tratamento medicamentoso, os farmacêuticos podem realizar algumas intervenções farmacêuticas na prescrição, sempre respeitando a decisão clínica e a prescrição do profissional médico.

43

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).

Quadro 3. Intervenções farmacêuticas na prescrição.

Situação	Ação do Farmacêutico
Diluyente incompatível com o medicamento prescrito	Correção do diluyente com base nas especificações do medicamento prescrito; Registro da intervenção no PEP
Prescrição de Medicamento Antimicrobiano Restrito sem justificativa clínica	Bloqueio da prescrição; Solicitação da justificativa clínica pelo prescritor via PEP; Registro da intervenção no PEP; Contato do farmacêutico com o médico.
Prescrição de Medicamentos Não Padronizado sem justificativa clínica	Bloqueio da prescrição; Solicitação da justificativa clínica pelo prescritor via PEP; Registro da intervenção no PEP; Contato do farmacêutico com o médico.
Quantidade de ampolas solicitadas incompatível com a dosagem prescrita	Correção da quantidade de ampolas solicitadas para atender à dosagem/vazão prescrita; Registro da intervenção no PEP



Componentes inadequados para a medicação e via de administração prescritos	Correção dos itens e/ou quantidades dos mesmos; Registro da intervenção no PEP
Interações Medicamentosas entre medicamentos prescritos	Informar a presença de interação no PEP; Registro da intervenção no PEP; Contato do farmacêutico com o médico.
Solicitações avulsas de drogas ou medicamentos	Bloqueio da solicitação; Registro da intervenção no PEP
Medicação ou dosagem ou concentração em falta	Se existir em estoque outras dosagens/concentrações que permitam a administração da dose prescrita, corrigir a medicação e as quantidades; Registro no da intervenção no PEP. Se NÃO existir em estoque outras dosagens/concentrações que permitam a administração da dose prescrita, bloqueio da prescrição; Registro da intervenção no PEP; Contato do farmacêutico com o médico.
Medicamentos SOS solicitados sem a marcação "se necessário"	Marcação do caixa "Se Necessário" com descrição das condições e posologia no campo Observação. Registro da intervenção no PEP
Medicamentos Trazidos pelo Paciente marcados como medicação solicitada pela farmácia	Substituição do item prescrito pelo mesmo, no esquema MTP (Medicamento Trazido pelo Paciente).

Figura 10. Tela de Avaliação Farmacêutica da Prescrição no Prontuário Eletrônico.

soulmv NOVO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE WEB **Avaliação Farmaceutica** 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 Suspensão(s).

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

Outros: Esquemas: Todos selecionado(s) Freqüências: 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 11. 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: sdsdsd

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

45

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).

1.3.8 Separação e conferência dos medicamentos

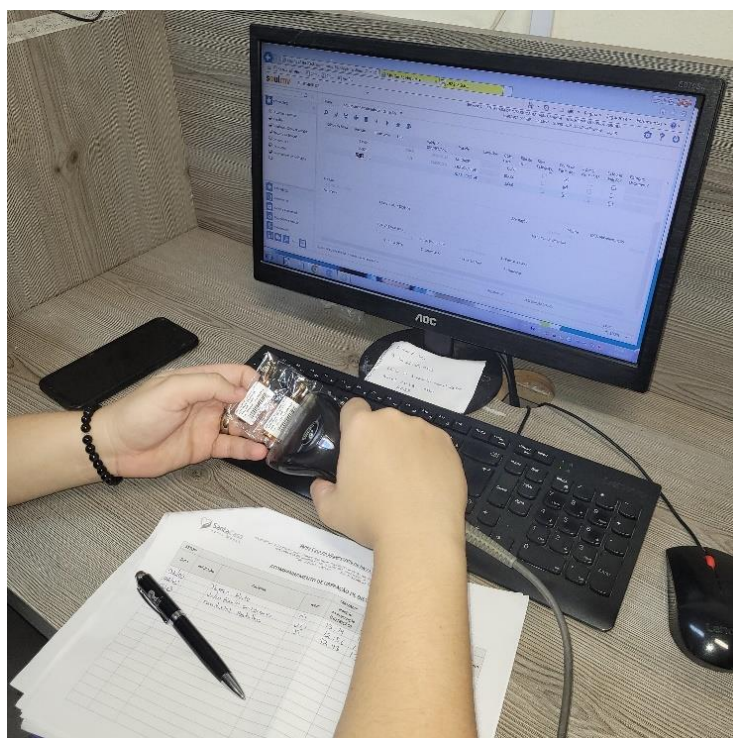
Após a avaliação e intervenções dos farmacêuticos, são geradas as solicitações dos itens (medicamentos ou materiais hospitalares) para serem dispensadas pela equipe do setor de farmácia.

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 12. Conferência Eletrônica de Medicamentos e Materiais Hospitalares Dispensados nas Farmácias.



46

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 1. Quantidade de itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites.

Dezembro/2022	Janeiro/2023	Fevereiro/2023	TOTAL
1.074.283	676.009	643.513	2.393.805

1.3.9 Carros de PCR

Em casos de emergências, a instituição conta com 18 carros de PCR, equipados com os medicamentos e materiais hospitalares necessários para atender a estas emergências.

Quadro 4. Carros de PCR.

Clínica Médica	02 Carros
Pediatria	01 Carro
UTI	04 Carros
Pronto Socorro Convênios	02 Carros
Pronto Socorro SUS	02 Carros
UTI Neonatal e Pediátrica	01 Carro
Centro Cirúrgico	01 Carro
Clínica Cirúrgica	02 Carros
Alas Segundo Andar	03 Carros

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.

47

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.

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.



Figura 13. 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 repostos. L.F. = laque final											
Medicamentos / Materiais	Quant.	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ Enf: _____	Data: _____ Hora: _____ Nº Laque: _____ 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										
Agua Bidesnizada (ampola 10ml)	5										
Atropina 0,25mg/ml (ampola 1ml)	10										
Adenosina 3mg (ampola 2ml)	2										
Aerolin- sabutamol	1										
Amiodarona 50mg/ml (ampola 3ml)	9										
Atracurio, 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										

Sonda Nasogástrica nº 16	2										
Sonda Nasogástrica nº 18	2										
Sonda Nasogástrica nº 20	2										
Sonda Nasogástrica nº 22	2										
Sonda de Aspiração Traqueal nº 08	1										
Sonda de Aspiração Traqueal nº 10	1										
Sonda de Aspiração Traqueal nº 12	4										
Sonda de Aspiração Traqueal nº 14	4										
Luva Estéril 7,0	2										
Luva Estéril 7,5	2										
Luva Estéril 8,0	2										
Luva Estéril 8,5	2										
Cateter de O2	2										
Extensor de O2	2										
Umificador de O2	1										
Eletrodo Descartável Adulto	10										
3ª GAVETA											
Agulha Descartável 25X7	5										
Agulha Descartável 40X12	15										
Cateter Intravenoso nº 14	2										
Cateter Intravenoso nº 16	2										
Cateter Intravenoso nº 18	2										
Cateter Intravenoso nº20	3										
Cateter Intravenoso nº 22	3										
Cateter Intravenoso nº 24	2										
Equipo comum com Injetor Lateral	4										
Equipo de Bomba de Infusão Comum	5										
Polifix (dispositivo duas vias)	2										
Torneirinha- 3 vias	4										
Seringa Descartável 01 ml	2										

Glicose Hipertônica 50% (amp. 10ml)	5										
Gluconato de Cálcio 10% (amp. 10ml)	2										
Hidrocortisona 500mg	2										
isosorbida, Dinitrato 5mg- comp	3										
Lidocaina 2% (amp. sem vaso)	2										
Lidocaina Gel	1										
Metoprolol, Tartarato 1mg/ml	2										
Midazolam 5mg/ml (amp. 3ml)	2										
Midazolam 50mg/ml (amp. 10ml)	3										
Midazolam 1mg/ml (amp. 5ml)	3										
Morfina 1mg/ml- 2 mg	2										
Morfina 10mg	2										
Noradrenalina	5										
Tridil 5ml	1										
Niprid	1										
Propofol 20ml	1										
Sulfato de magnésio (50% - 10 ml)	2										
2ª GAVETA											
Água Destilada (500 ml)	1										
Bicarbonato de Sódio 8,4 % (250 ml)	2										
Cloreto de Sódio 0,9% (100ml)	3										
Cloreto de Sódio 0,9% (250 ml)	2										
Cloreto de Sódio 0,9% (500 ml)	1										
Glicose 10% (250ml)	1										
Glicose 5% (250 ml)	3										
Glicose 5% (500 ml)	1										
Manitol	1										
Soro Ringer com Lactato (500 ml)	2										
Filtro de Barreira- comum	2										
Sonda Nasogástrica n° 14	2										
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										
Câmara de guedel- n° 2	1										
Câmara de guedel- n° 3	1										
Câmara 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										

1.3.10 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 5. 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	Hidrato de cloral, Midazolam, Cetamina

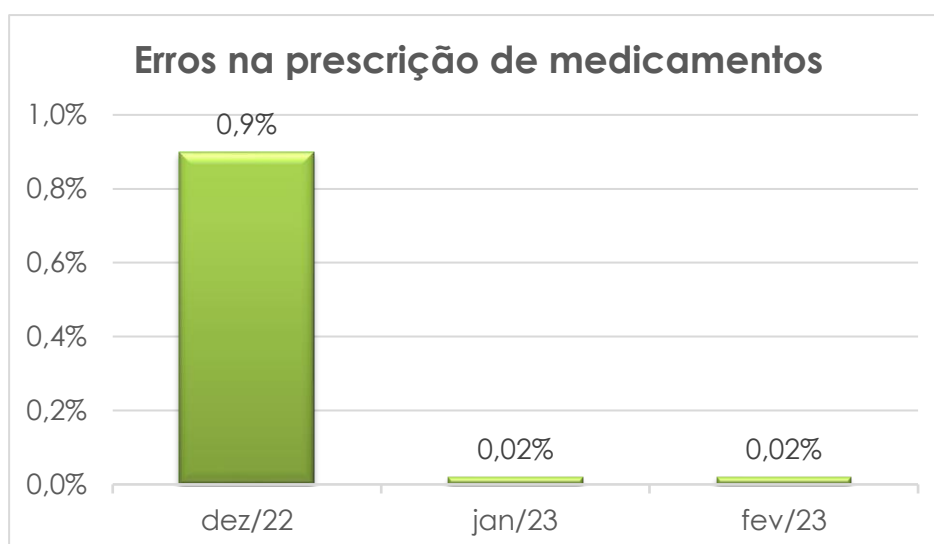


oral e parenteral em crianças	
Sedativos endovenosos de ação moderada	Dexmedetomidina, Midazolam, Fenobarbital, Diazepam

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 do período de Dezembro/2022 a Fevereiro/2023:

Gráfico 13. Erros na prescrição de medicamentos.



1.4 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.

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.

Segundo pesquisas realizadas as infecções de sítio cirúrgico (ISC) representam hoje no Brasil uma média de 15% do total das infecções adquiridas durante a assistência à saúde; a terceira complicação infecciosa mais frequente adquirida no ambiente hospitalar.



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.

Tabela 2. Infecções cirúrgicas no trimestre.

Mês	Especialidade	Núm. Infecção	Taxa Infecção
Dezembro/22	-	0	0%
Janeiro/23	-	0	0%
Fevereiro/23	-	0	0%

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.

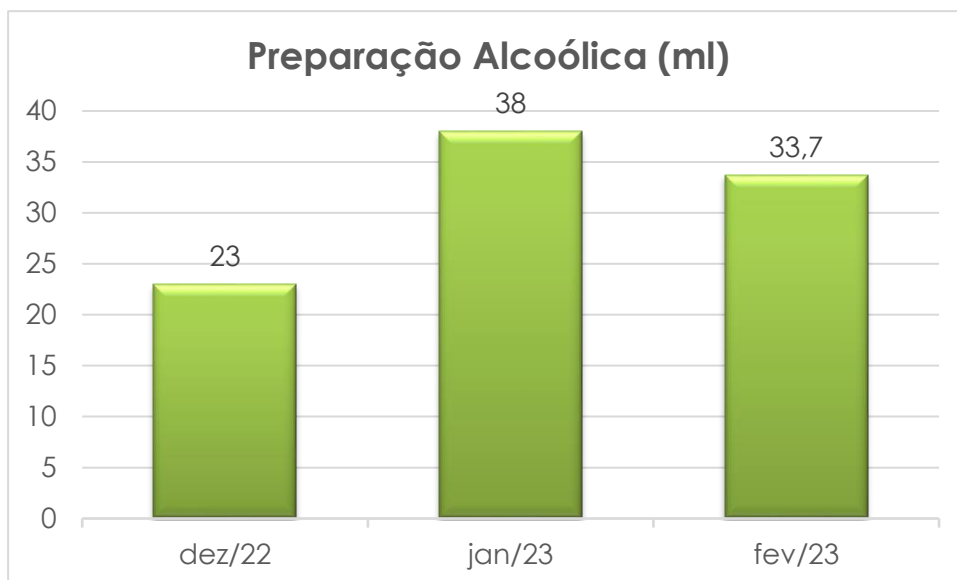
A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir as IRAS. Tem por finalidades: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções por contato.

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



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 14. Preparação alcoólica por ml.



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.

54

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



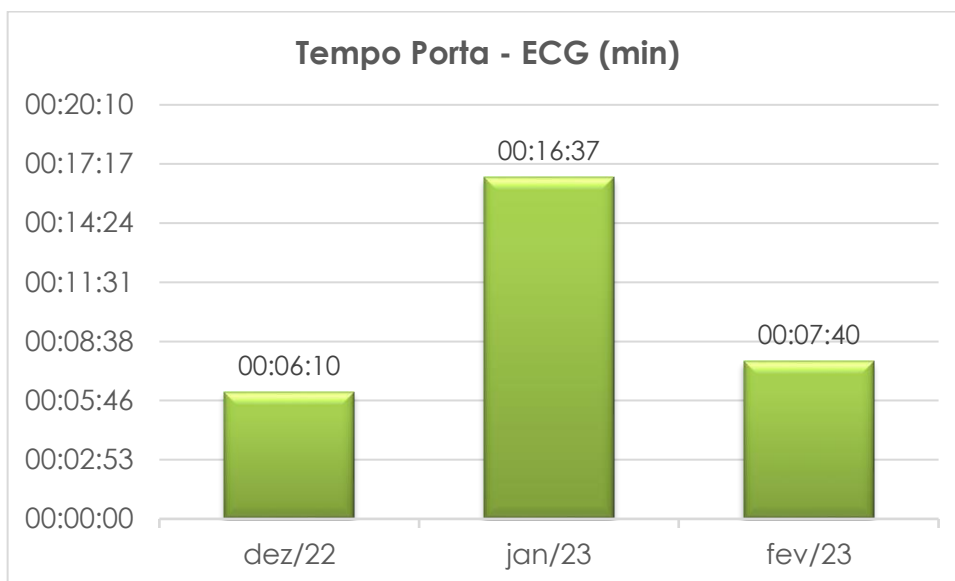
2.1 Indicador de tempo porta eletrocardiograma

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.

Segue abaixo o tempo porta eletrocardiograma dos últimos três meses:

Gráfico 15. Tempo Porta-ECG do período de Dez/2022 a Fev/2023.



55

2.2 Indicador de adesão a terapia medicamentosa

O segundo indicador de boas práticas ao atendimento a pacientes cardiológicos 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

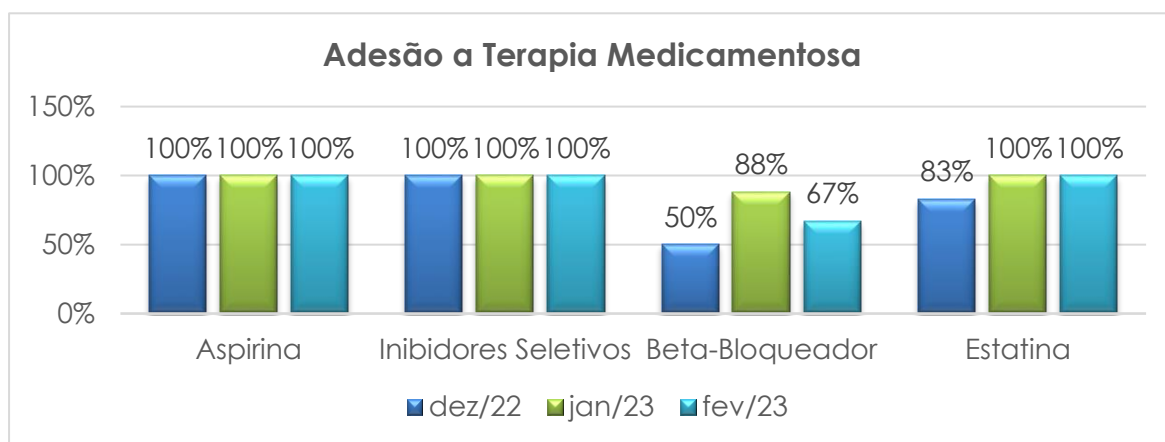


adequado, conforme protocolo.

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 16. Taxa de adesão a terapia medicamentosa do período de Dez/2022 a Fev/2023.



56

Segue abaixo tabela com resumo de acompanhamento:

Tabela 3. Resumo de acompanhamento dos pacientes.

Ano/mês	Nº de Pacientes	Tempo Porta-ECG	Aspirina	Inibidores Seletivos	Betabloqueador	Estatina
Dezembro/22	6	06:10	100%	100%	50%	83%
Janeiro/23	8	16:37	100%	100%	88%	100%
Fevereiro/23	3	07:40	100%	100%	67%	100%

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 14. Modelo de banner dos consultórios.



Figura 15. 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.

58



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.

59

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.

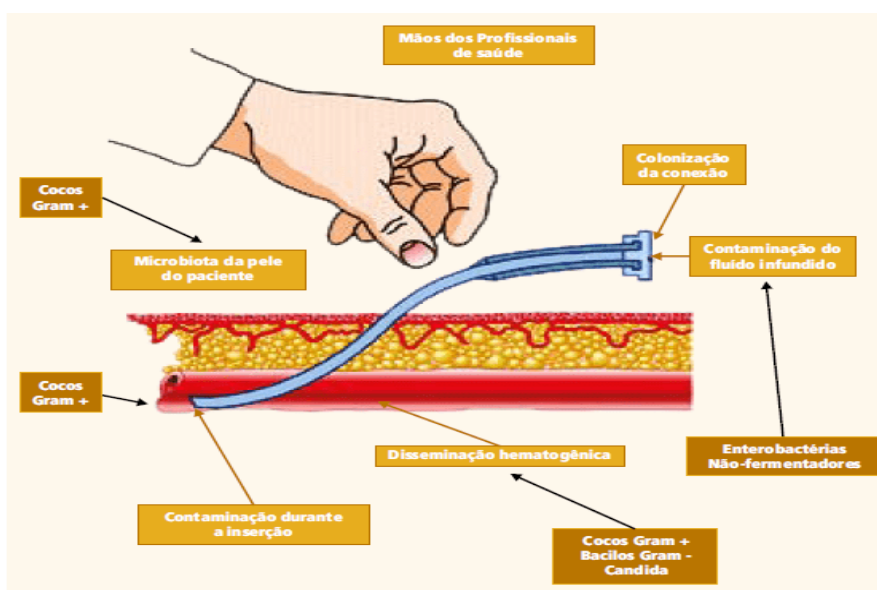
3.1.1 Acompanhamento do bundle de prevenção IPCS

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.

60

Figura 16. Fisiopatogênese da IPCS.



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.

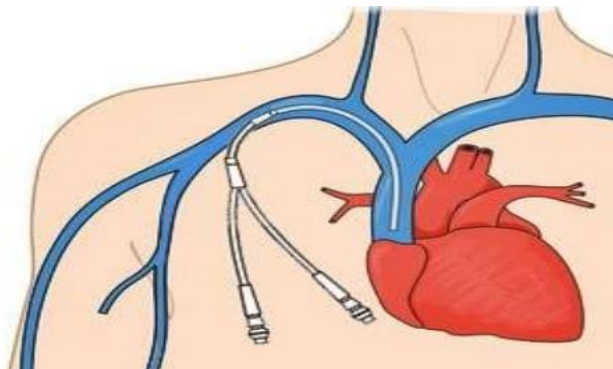
É considerado cateter central, o cateter utilizado para infusão, coleta de sangue, monitoramento hemodinâmico, cuja a localização terminal esteja em um grande vaso ou próxima do coração. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquiocefálicas, veias jugulares internas,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

61

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:

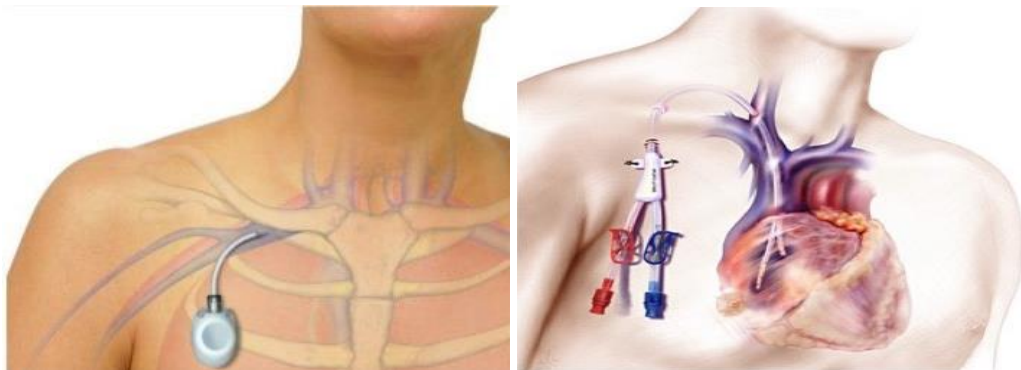
- a) **Cateter Central de curta permanência:** são aqueles que atingem vasos centrais e são instalados por venopunção direta e não são tunelizados. Esses dispositivos não possuem nenhum mecanismo para prevenção de colonização extraluminal, pois na inserção não fazem túnel no tecido subcutâneo.

Figura 17. 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.

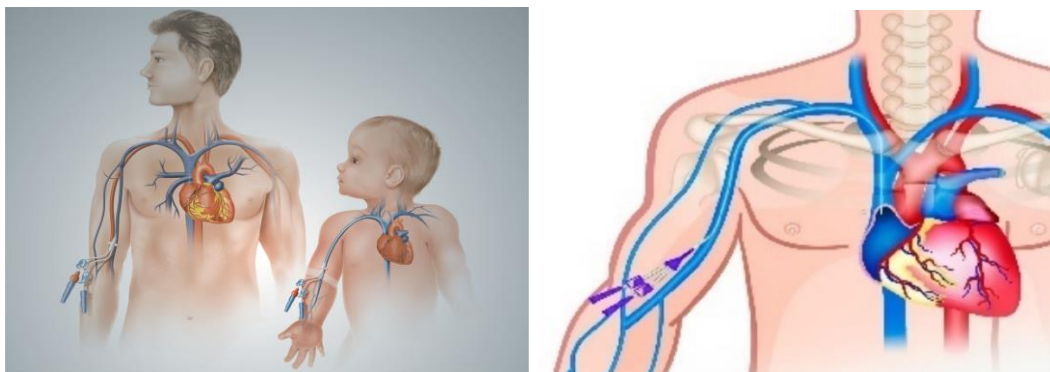
Figura 18. Cateter Permcath (para hemodiálise), Portacath (para quimioterapia).



62

- 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 19. 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 20. 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.

65

Quadro 6. 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 21. 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

Quadro 7. 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.

68



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 22. 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 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 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 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 8. 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.

71

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 23. Padrão de curativo utilizado para CVC.



73

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 (dez/22, janeiro e fevereiro/23):

Gráfico 17. IPCS Dez 2022 a Fev 2023

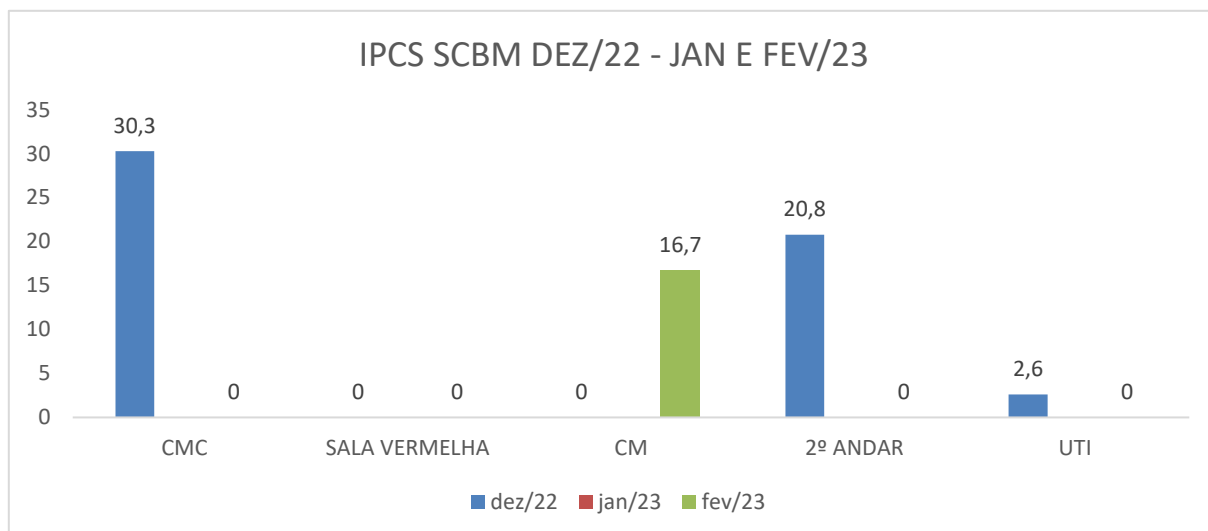
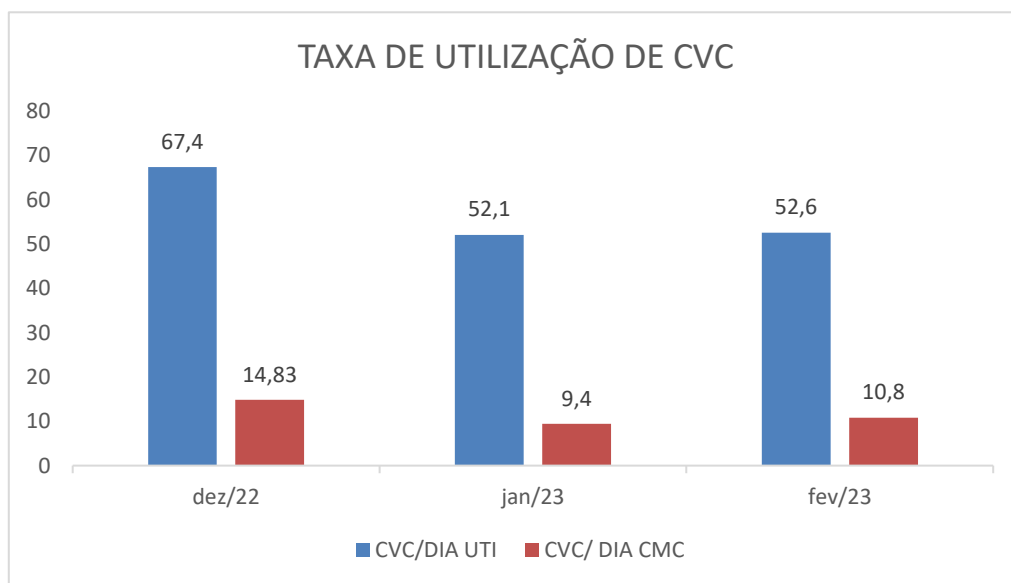


Gráfico 18. Taxa de utilização de CVC



74

O gráfico demonstra um aumento significativo da taxa de utilização de CVC na UTI e na CMC, justificando o aumento da densidade de infecção por IPCS. Os dados foram encaminhados para a reunião da CCIH, e estão sendo discutidos mensalmente com os gestores envolvidos buscando a redução da infecção. Iniciado o Bundles de inserção e manutenção de CVC nas unidades com a equipe de enfermagem.

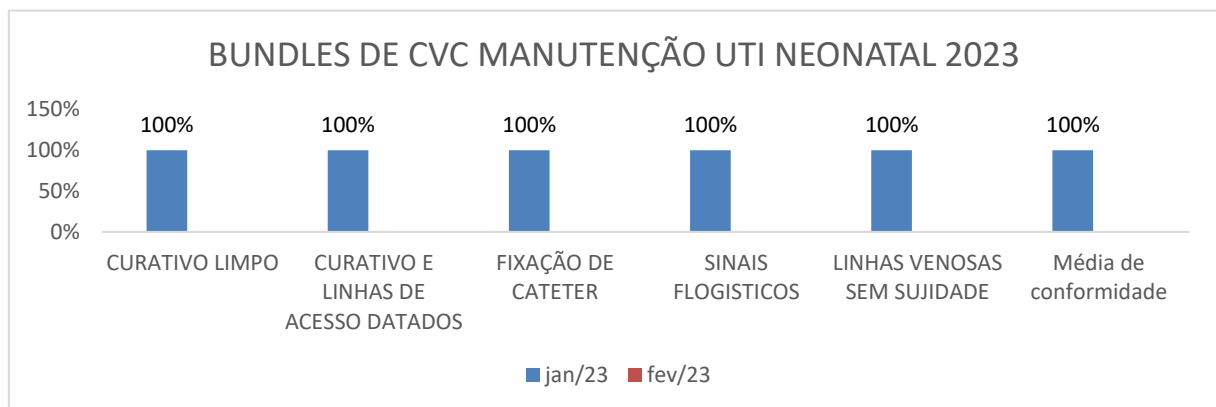
No Bundle de CVC definimos a divisão de um bundle de inserção de cateter com os seguintes critérios: antisepsia das mãos, paramentação completa do profissional, kit completo, campo estéril suficiente, utilização de US guia, utilização de subclávia, utilização de



antisepsia alcoólica, se houve quebra de barreira durante o procedimento, e se houve múltiplas tentativas. Nestes meses não obtivemos o preenchimento da equipe de enfermagem do bundle de inserção.

Em relação ao Bundle de CVC manutenção definimos os seguintes critérios de acompanhamento: curativo limpo, curativo e linhas de acesso devidamente datados, fixação do cateter adequado, presença de sinais flogísticos e linhas venosas sem presença de sujidade. No mês de janeiro/23 obtivemos o bundle de manutenção apenas mensurado pela equipe da uti neonatal, com o resultado de conformidade global:

Gráfico 19. Bundles de CVC - manutenção UTI Neonatal 2023

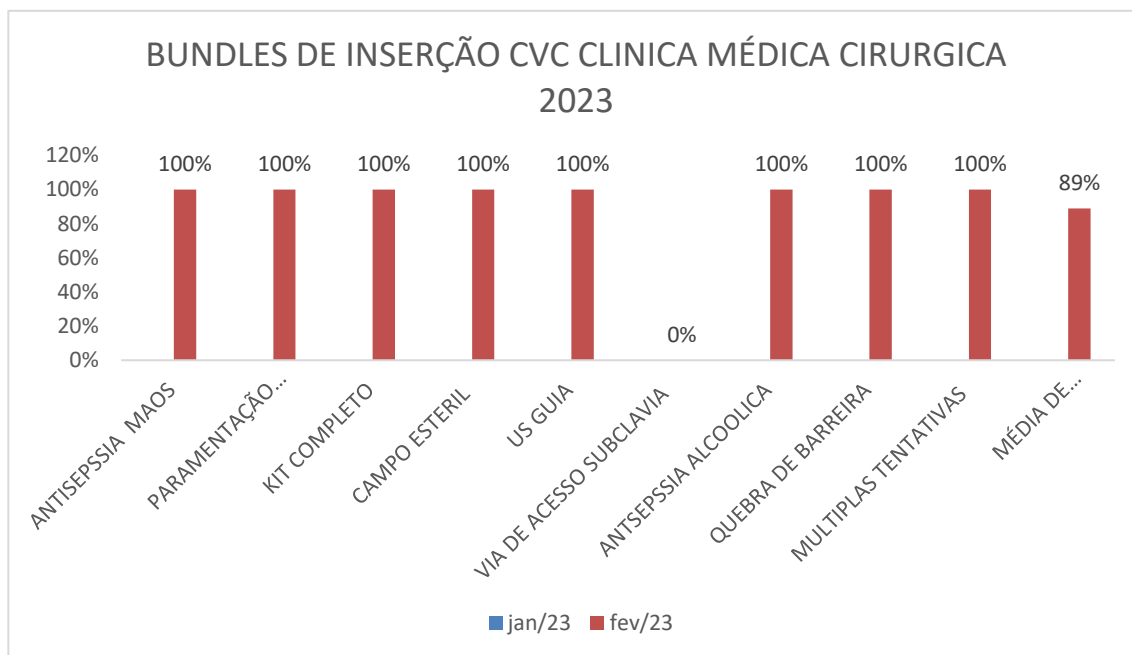


75

Observamos um resultado global de 100% de conformidade do bundle de manutenção de CVC na uti neonatal no mês de janeiro. O mês de fevereiro/23 não foi mensurado. As equipes já foram sinalizadas pela SCIH sobre a importância do preenchimento mensal dos bundles.



Gráfico 20. Bundles de inserção CVC - Clínica Médica/Cirúrgica



No Gráfico acima, obtivemos uma média de conformidade de 89% no bundle de inserção de CVC na Clínica Médica Cirúrgica no mês de fevereiro. O mês de janeiro não foi mensurado pelas equipes da unidade.

76

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

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.

77

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.

Abaixo são citadas técnicas de inserção do cateter urinário:

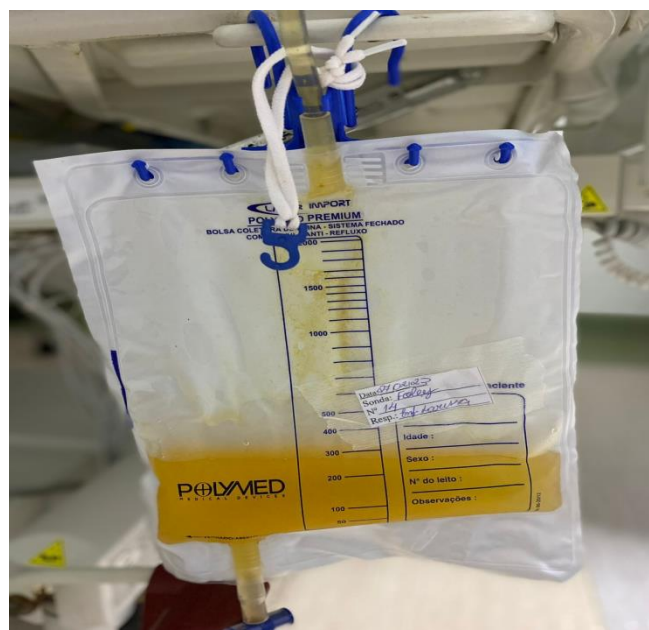
- 1) Reunir o material para higiene íntima, luva de procedimento e luva estéril, campo estéril, sonda vesical de calibre adequado, gel lubrificante, antisséptico preferencialmente em solução aquosa, bolsa coletora de urina, seringa, agulha e água destilada;
- 2) Higienizar as mãos com água e sabonete 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.

78

Figura 24. 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 qualidade de vida 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.

79

Figura 25. Relatório de análise da qualidade da água

[illegible]

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

Figura 26. 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 ± 2,0	PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS Valor de referência: PIA = AUSÊNCIA UFC ≤ 6	Escherichia coli Valor de referência: PIA = AUSÊNCIA UFC ≤ 6
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

HORÁRIO 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 UN0017824/55.61.20 - 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

80

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



Figura 27. 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 / DATA: 14/09/2022 Nº DDS: 003391/22
Controle de Vetores e Pragas Urbanas

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
Bairro: CENTRO Barro: BARRA MANSA
Telefone: 3325-8300 e 8359 Fax: E-mail: Func: leucimar.machado@scbm.org.br
Contato: 3325-8300 e 8359

VETORES OU PRAGAS URBANAS CONTROLADAS:
☐ 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)

Quantidade	Grupo Químico	Nome do Princípio Ativo	Concentração de uso (%)	Dilúente	Quantidade Total (kg)	Praga(s) alvo	Equip (s)
001	PIRETROIDE	ALFA CIPERMETRINA	0,03	ÁGUA	3.000	BARATA	01
001	PIRETROIDE	BIFENTRINA	0,04	ÁGUA	2.000	LACRAIA	01
001	ORGANOFOSFÓRICO	INDOXACAB	0,03	ÁGUA	2.500	FORMIGA	01
001	ORGANOFOSFÓRICO	IMIDACLOPRID	0,05	ÁGUA	8.000	RATO	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.
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 do 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: Joo Carlos Assinatura: **RESPONSÁVEL TÉCNICO** Nome: Assinatura: **CLIENTE** Nome: Assinatura: Data do serviço: 14/09/22

81

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

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
Bairro: CENTRO Barro: BARRA MANSA
Telefone: 3325-8300 e 8359 Fax: E-mail: Func: leucimar.machado@scbm.org.br
Contato: 3325-8300 e 8359

VETORES OU PRAGAS URBANAS CONTROLADAS:
☐ 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)

Quantidade	Grupo Químico	Nome do Princípio Ativo	Concentração de uso (%)	Dilúente	Quantidade Total (kg)	Praga(s) alvo	Equip (s)
001	PIRETROIDE	BIFENTRINA	0,04	ÁGUA	10.000	BARATA LACRAIA	001
001	ORGANOFOSFÓRICO	INDOXACAB	0,05	ÁGUA	2.500	FORMIGA	004
001	ORGANOFOSFÓRICO	IMIDACLOPRID	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.
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 do 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: Joo Carlos Assinatura: **RESPONSÁVEL TÉCNICO** Nome: Assinatura: **CLIENTE** Nome: 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 28. Relatório de resíduos.

inea INEA - Instituto Estadual do Ambiente
Pagina 1 de 1
MTR nº 2103427687

MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS E REJEITOS

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
CPF/CNPJ: 124.912.307-04
data de emissão: 17/01/2022
MTE RJ 0025514
Santa Casa de Barra Mansa
nome e assinatura do responsável

Identificação do Transportador
Razão Social: 24313 - HIDROSERV AMBIENTAL LTDA
Endereço: Avenida Presidente Kennedy, nº 3083
Município: Barra Mansa
Nome do Motorista: Bruno César
Telefone: (24) 3325-8030
Fax/Tel: (24) 3325-8030
CPF/CNPJ: 03.927.702/0001-03
data do transporte: 17/01/2022
nome e assinatura do responsável

Identificação do Destinatário
Razão Social: 24992 - COMPANHIA ESTADUAL DE ÁGUAS E ESGOTOS CEDAE - Unidade: ETE Barra da Tijuca
Endereço: Avenida Ayrton Senna, nº 1791
Município: Rio de Janeiro
Nome do Responsável pelo Recebimento: Lúcio
Telefone: (21) 3354-4827
Fax/Tel: (21) 3354-4827
CPF/CNPJ: 33.352.394/0001-04
data do recebimento:
nome e assinatura do responsável

Observações do Gerador
MANIFESTO REFERENTE DIA 14/01/2022

Identificação dos Resíduos

Núm.	Código BARRA e Denominação	Estado	Faixa	Classe	Acumulação	Qtd	Unidade	Tecnologia
1	20204 - Lixo de Toal Médica	Liquido	MA	ESN - Tóxico	10.0000	Tonela	Resíduo de Efluente	

Observação do Recebimento dos Resíduos
Resíduos: Justificativa:
Observações Gerador do Destinatário:

Identificação do Armazenador Temporário - AT
Razão Social: 44902 - Rest Ambiental Eireli
Endereço: Rodovia Presidente Dutra, nº 5/N
Município: Resende
CNPJ: 15.154.183/0001-77
Telefone: (24) 3354-4827
Fax/Tel: (24) 3354-4827
Data de recebimento no AT:
nome e assinatura do responsável

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, o

82

inea INEA - Instituto Estadual do Ambiente
Pagina 1 de 1
MTR nº 2103427536

MANIFESTO DE TRANSPORTE DE RESÍDUOS E REJEITOS

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
CPF/CNPJ: 124.912.307-04
data de emissão: 17/01/2022
MTE RJ 0025514
Santa Casa de Barra Mansa
nome e assinatura do responsável

Identificação do Transportador
Razão Social: 24313 - HIDROSERV AMBIENTAL LTDA
Endereço: Avenida Presidente Kennedy, nº 3083
Município: Barra Mansa
Nome do Motorista: Bruno César
Telefone: (24) 3325-8030
Fax/Tel: (24) 3325-8030
CPF/CNPJ: 03.927.702/0001-03
data do transporte: 17/01/2022
nome e assinatura do responsável

Identificação do Destinatário
Razão Social: 24992 - COMPANHIA ESTADUAL DE ÁGUAS E ESGOTOS CEDAE - Unidade: ETE Barra da Tijuca
Endereço: Avenida Ayrton Senna, nº 1791
Município: Rio de Janeiro
Nome do Responsável pelo Recebimento: Lúcio
Telefone: (21) 3354-4827
Fax/Tel: (21) 3354-4827
CPF/CNPJ: 33.352.394/0001-04
data do recebimento:
nome e assinatura do responsável

Observações do Gerador

Identificação dos Resíduos

Núm.	Código BARRA e Denominação	Estado	Faixa	Classe	Acumulação	Qtd	Unidade	Tecnologia
1	20204 - Lixo de Toal Médica	Liquido	MA	ESN - Tóxico	10.0000	Tonela	Resíduo de Efluente	

Observação do Recebimento dos Resíduos
Resíduos: Justificativa:
Observações Gerador do Destinatário:

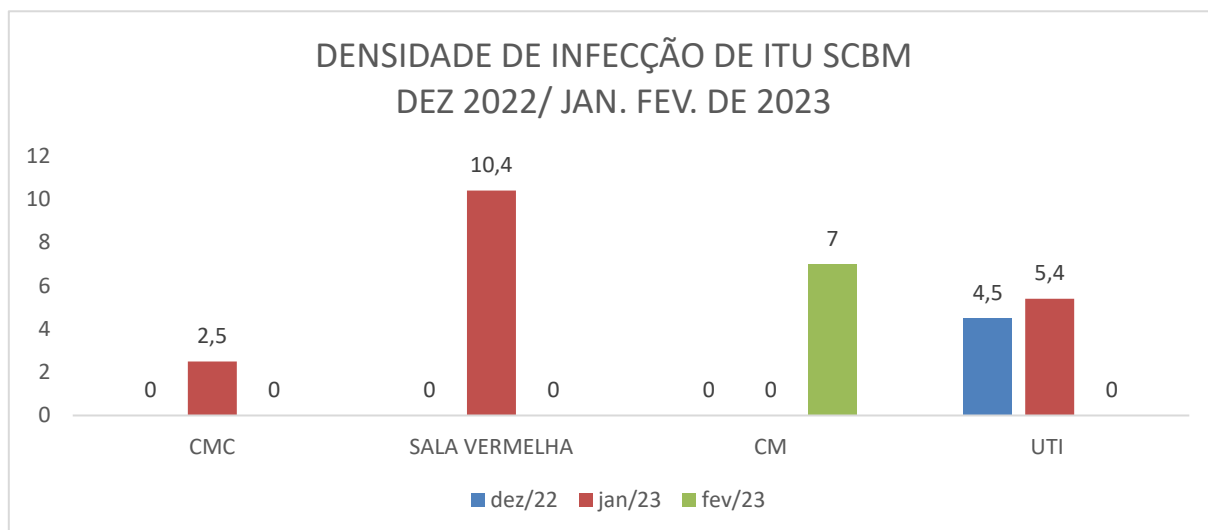
Este MTR não substitui o CERTIFICADO DE DESTINAÇÃO FINAL - CDF correspondente aos resíduos e rejeitos aqui relacionados
Uma via física deste MTR deve acompanhar o Transportador
Vias eletrônicas automaticamente estarão disponibilizadas para o Gerador, o Transportador, o



3.2.2 Resultados do indicador

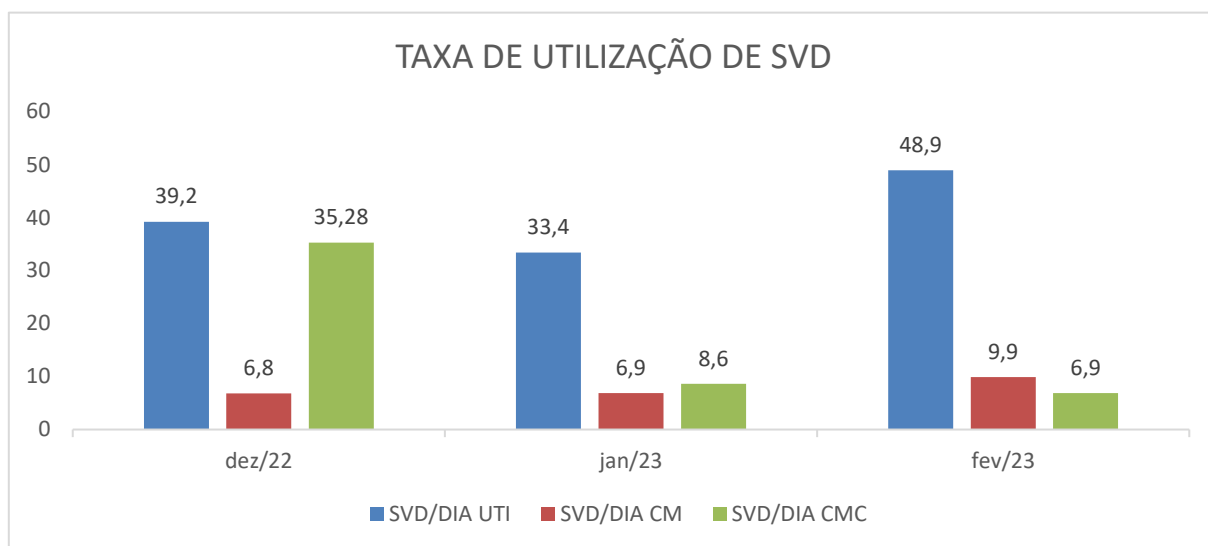
Abaixo demonstramos os nossos resultados de densidade de infecção relacionadas a SVD nos meses de Dezembro/22, janeiro e fevereiro/23:

Gráfico 21. Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD.



83

Gráfico 22. Utilização de SVD.



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.

Os resultados demonstram uma queda na utilização de SVD na Clínica Médica Cirúrgica, sendo que na UTI adulto e clínica médica ainda observamos uma variação de utilização mensal. O 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.

84

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.

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.

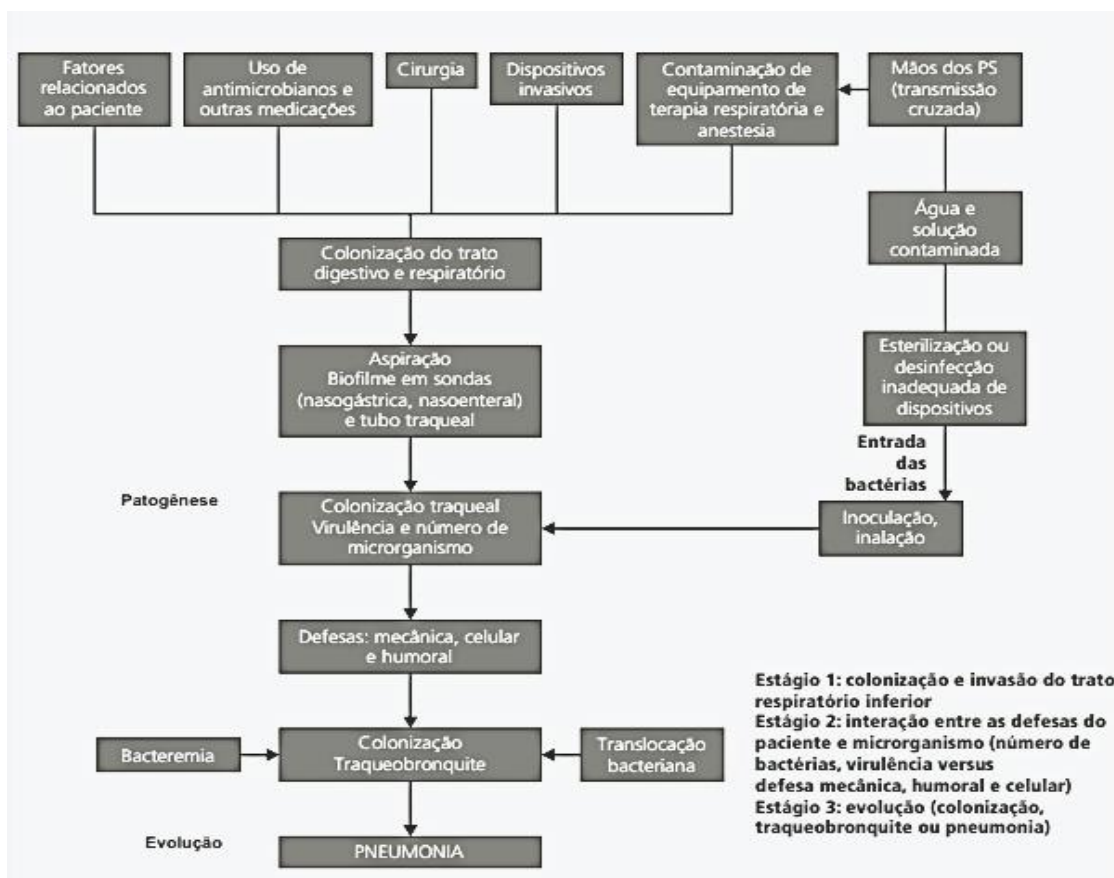
As pneumonias hospitalares normalmente ocorrem nos lobos inferiores e nos segmentos posteriores destes, devido sua natureza aspirativa. Após a aspiração, o material contaminado impacta em brônquios de pequeno calibre e expande-se para o espaço alveolar ao redor, causando uma broncopneumonia. Como podem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

85

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 29. Fisiopatogênese da PAV.



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 30. 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.

Figura 31. CPAP acoplado ao TOT ou TQT.



87

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.

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.

88

Quadro 9. 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 sepse
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 32. 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

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

☐ Sim

☐ Não

Figura 33. 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 10. 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

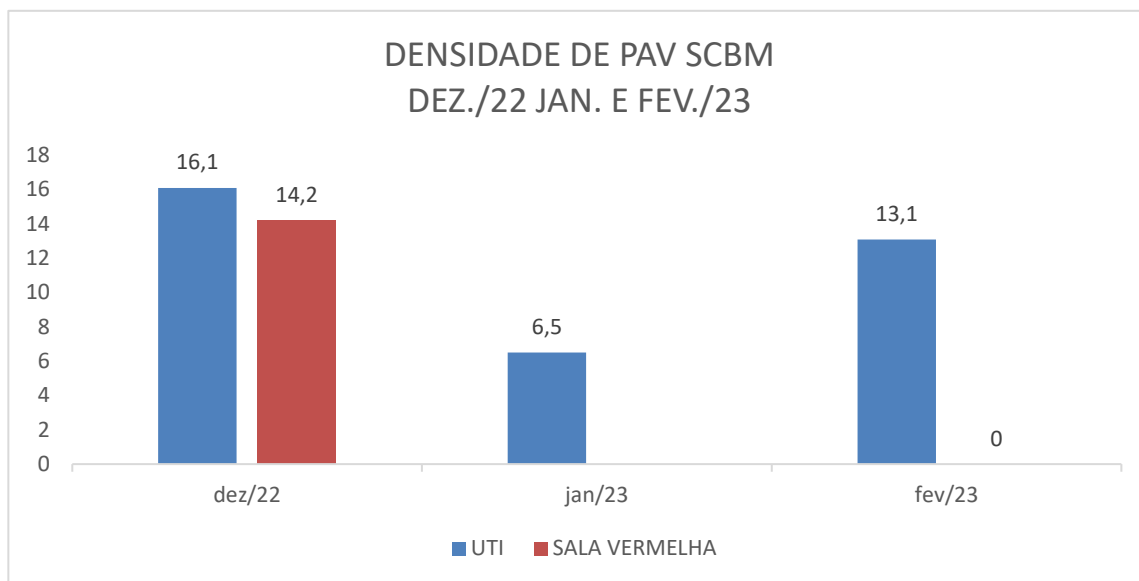
92

3.3.5 Resultados do indicador

Segue abaixo as nossas taxas referentes aos meses de Dezembro de 2022, Janeiro e Fevereiro de 2023:



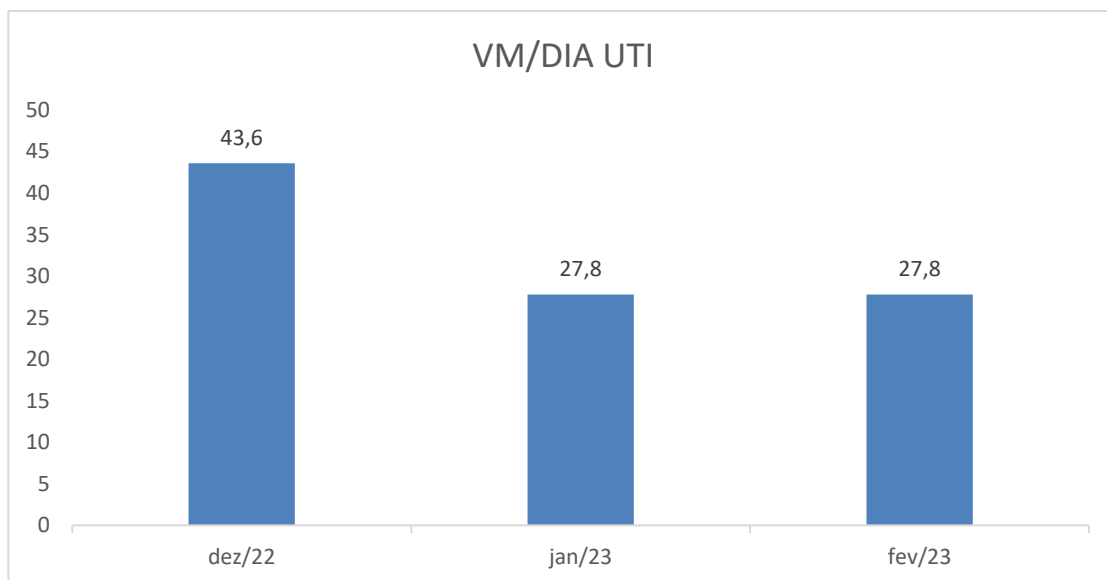
Gráfico 23. Densidade de PAV Dez 2022 a Fev 2023



Observa-se um resultado favorável com uma linha tendência positiva, zerando nos meses de janeiro e fevereiro os casos de PAV na sala vermelha da SCBM.

93

Gráfico 24. VM por dia - UTI



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

Relacionamos o aumento da densidade de PAV na UTI no mês de dezembro com o aumento da taxa de utilização de VM na UTI, com um perfil de pacientes graves/crônicos, dependentes de VM.

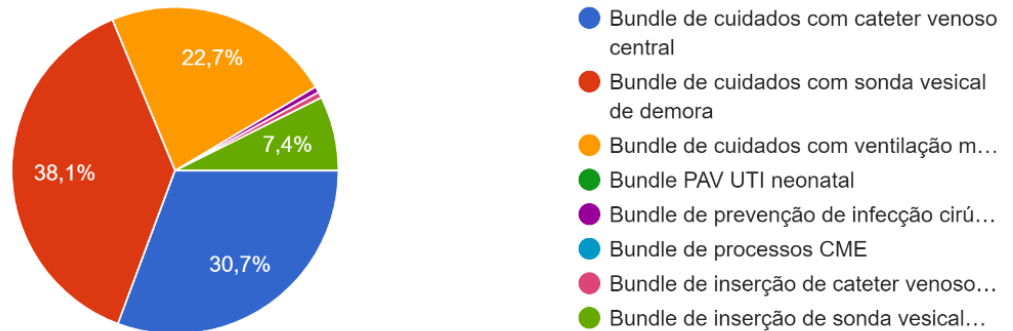
Os casos são discutidos com as áreas na reunião da CCIH, com descrição de ações pontuais de melhoria para minimizar os casos.

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

Gráfico 25. Bundles setoriais.

Qual bundle você deseja avaliar?

339 respostas



94

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.



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.

95

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.

96

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 34. 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 35. 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: kg ALTURA: cm IMC:

DIAGNÓSTICO:

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 36. Modelo STRONG KIDS - Triagem nutricional em pediatria.

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

Triagem nutricional em pediatria - STRONG Kids

Peso Altura IMC

Diagnóstico: Data:

- 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 37. 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.

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 38. Algoritmo do planejamento dietético.



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

Figura 39. Prescrição nutricional efetuada no sistema MVPEP.

Figura 40. Evolução nutricional efetuada no sistema MVPEP.

101

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 nos períodos de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

Tabela 4. Número total de atendimento da equipe.

MÊS	N. TOTAL	MÉDIA/DIA
Dezembro	3916 atendimentos	126 atendimentos
Janeiro	4256 atendimentos	137 atendimentos
Fevereiro	3934 atendimentos	140 atendimentos

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
Dez	Paciente	3613	3156	2978	3300	2982	3072	22178
	Acompanhante	527	0	1561	0	989	0	
Jan	Paciente	3834	3444	3364	3668	3322	3416	24160
	Acompanhante	513	0	1601	0	998	0	
Fev	Paciente	3519	3184	3136	3424	3125	3204	22937
	Acompanhante	608	0	1677	0	1060	0	

103

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

Figura 41. 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.

104

Figura 42. 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
Dezembro	14
Janeiro	14
Fevereiro	15

105

Figura 43. 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.

106

Tabela 7. Tabela de Consumo dos espessantes para alimentos.

MÊS	Consumo de espessante para alimento
Dezembro	3
Janeiro	1
Fevereiro	2

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, são necessários 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 44. Dietas enterais.



107

Tabela 8. Consumo das dietas enterais.

MÊS	N. total de dietas enterais prescritas
Dezembro	594
Janeiro	539
Fevereiro	600

Tabela 9. Consumo dos equipos de dieta enteral.

MÊS	N. total de equipos enteral dispensados
Dezembro	596
Janeiro	522
Fevereiro	594

Tabela 10. Consumo das sondas nasoentéricas (SNE).

MÊS	N. total de SNE dispensadas
Dezembro	102
Janeiro	103
Fevereiro	98

Tabela 11. Consumo dos fixadores de sondas.

MÊS	N. total de fixadores dispensados
Dezembro	257
Janeiro	288
Fevereiro	252

108

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
- 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 45. Administração de dieta parenteral.



109

Tabela 12. Consumo das dietas parenterais.

MÊS	Formulação	N. total de dietas parenterais prescritas
Dezembro	Formulação 1	13
	Formulação 2	0
Janeiro	Formulação 1	4
	Formulação 2	0
Fevereiro	Formulação 1	20
	Formulação 2	23

Formulação 1: Acesso Central

Formulação 2: Acesso Periférico

Tabela 13. Consumo dos equipos fotossensível de dieta parenteral.

MÊS	N. total de equipos fotossensíveis dispensados
Dezembro	13
Janeiro	4
Fevereiro	43

4.2.5 Fórmulas Infantis

Em atendimento a UTI Neonatal e Pediátrica e da clínica Pediátrica, são utilizadas fórmulas infantis de diferentes formulações, visando o atendimento a diversas indicações clínicas, fórmula padrão por faixa etária, como intolerância a lactose, alergia a proteína do leite de vaca.

Figura 46. Fórmulas Infantis



110

Tabela 14. Consumo de fórmulas dispensadas (latas)

MÊS	N. total de fórmulas dispensadas (latas)
Dezembro	40
Janeiro	28
Fevereiro	53

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.

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.

111



Figura 47. Produtos para higiene na produção de alimentos.



112

Melhorias estruturais adquiridas neste período:

- Cabrita
- Cubas 1 ponto com tampa
- Escorredor de massa
- Escumadeira armada
- Facas 12 polegadas
- Facas 3 polegadas
- Pedra de amolar

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 11. 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

113

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 Dez/2022 a Fev/2023.

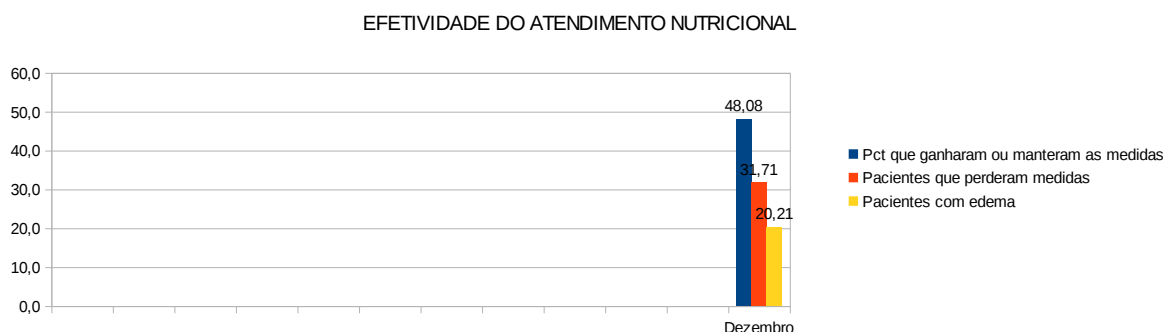


Gráfico 27. Porcentagem de pacientes com estado nutricional maior que 50%.



114

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:

- 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, hipoproteïnemia 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.

115

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.

O atendimento nutricional clínico é complementado pelo atendimento do serviço 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.

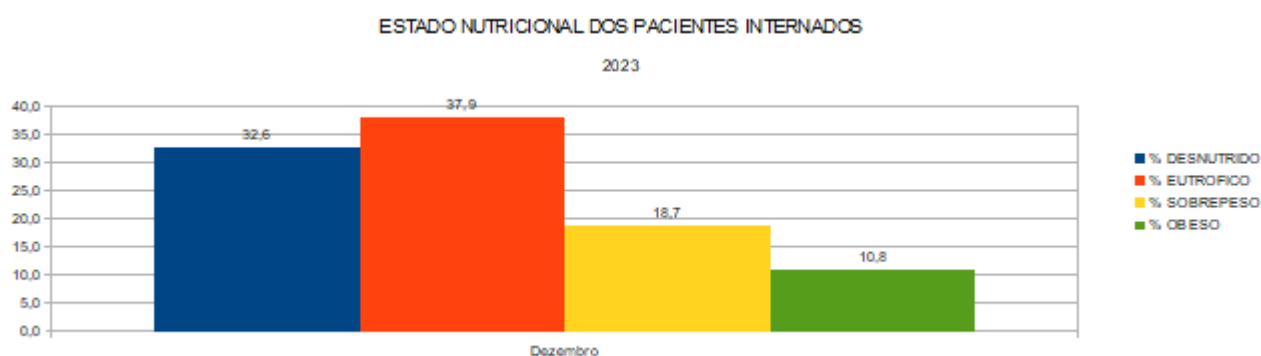
O conjunto de ações adotadas refletem os bons resultados do indicador de monitoramento, que se mantém dentro da meta estabelecida.



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.

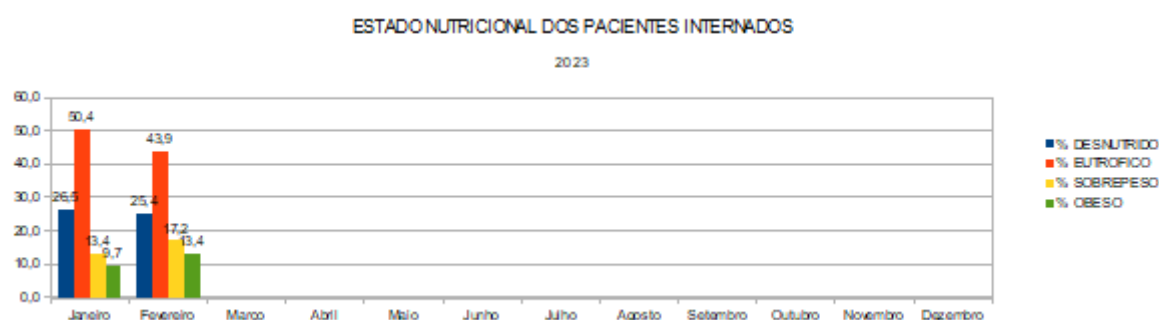
Gráfico de acompanhamento do estado nutricional mensal:

Gráfico 28. Estado nutricional dos pacientes internados Dez 2022



116

Gráfico 29. Estado nutricional dos pacientes internados Jan e Fev 2023



CONCLUSÃO

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, proporcionando a manutenção do estado nutricional.

O atendimento nutricional clínico é complementado pelo atendimento do serviço de nutrição e dietética que produz e distribui as refeições de forma humanizada e acolhedora. O investimento em utensílios, material de limpeza, descartáveis permite agilidade e segurança microbiológica no atendimento e estão relacionadas com adequação de fracionamento, o controle da 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.

117

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



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.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.

