

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

PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL

MARÇO/ABRIL/MAIO

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- Treinamento metas de segurança do paciente.....	16
Figura 2- Treinamento das equipes assistenciais.	19
Figura 3. Resumo das Principais Barreiras para a Dispensação Segura de Medicamentos na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa.	23
Figura 4. Prescrição Eletrônica de Medicamento Não Padronizado que exige Justificativa Clínica.....	25
Figura 5. Cadastro de Produtos.	25
Figura 6. Cadastro de Itens de Prescrição.	26
Figura 7. Formulário de Qualificação de Fornecedores.	28
Figura 8. Processo de fracionamento na farmácia (CAF).	30
Figura 9. Processo de armazenamento e distribuição na farmácia (CAF).....	32
Figura 10. Tela de Avaliação Farmacêutica da Prescrição no Prontuário Eletrônico.....	35
Figura 11. Tela para registro das Intervenções feitas pelo farmacêutico.	36
Figura 12. Conferência Eletrônica de Medicamentos e Materiais Hospitalares Dispensados nas Farmácias.	37
Figura 13. Checklist dos Carros de PCR.	39
Figura 14. Modelo de banner dos consultórios.....	52
Figura 15. Consultório médico do pronto atendimento com banner de orientação.....	52
Figura 16. Fisiopatogênese da IPCS.	55
Figura 17. Cateter profundo inserido diretamente no grande vaso sem tunelização... 56	
Figura 18. Cateter Permcath (para hemodiálise), Portacath (para quimioterapia).	56
Figura 19. Cateter central de inserção periférica.....	57
Figura 20. Cateter umbilical.....	57
Figura 21. Bundle de inserção de cateter central.	62
Figura 22. Bundle de manutenção do cateter central.....	65
Figura 23. Padrão de curativo utilizado para CVC.	69
Figura 24. Exemplo de cateter urinário.	74
Figura 25. Relatório de análise da qualidade da água.....	75
Figura 26. Relatório de qualidade da água.....	75
Figura 27. Relatório de dedetização.....	76
Figura 28. Relatório de resíduos.....	77



Figura 29. Fisiopatogênese da PAV.	81
Figura 30. CPAP acoplado à máscara.....	82
Figura 31. CPAP acoplado ao TOT ou TQT.....	82
Figura 32. Bundle de Prevenção de PAV Adulto - Pediátrico.....	85
Figura 33. Bundle de Prevenção de PAV Neonatal.....	86
Figura 34. Modelos NRS-2002 e ASG de avaliação nutricional para adultos.....	93
Figura 35. Modelo MAN (Mini Avaliação Nutricional) para idoso.....	94
Figura 36. Modelo STRONG KIDS - Triagem nutricional em pediatria.....	95
Figura 37. Modelo FARNNEO - Ferramenta de avaliação do risco nutricional neonatal.	95
Figura 38. Algoritmo do planejamento dietético.....	97
Figura 39. Prescrição nutricional efetuada no sistema MVPEP.....	98
Figura 40. Evolução nutricional efetuada no sistema MVPEP.....	98
Figura 41. Dietas dos pacientes e suas consistências.....	100
Figura 42. Cardápios e formas de servir refeição para os pacientes e acompanhantes.	101
Figura 43. Composição de refeição para ser entregue ao paciente.....	102
Figura 44. Dietas enterais.....	104
Figura 45. Administração de dieta parenteral.....	106
Figura 46. Fórmulas Infantis.....	108



LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites.	38
Tabela 2. Infecções cirúrgicas no trimestre.....	45
Tabela 3. Resumo de acompanhamento dos pacientes.	51
Tabela 4. Número total de atendimento da equipe.....	99
Tabela 5. Tabela quantitativa de refeições servidas.	100
Tabela 6. Consumo dos suplementos orais.....	102
Tabela 7. Tabela de Consumo dos espessantes para alimentos.	103
Tabela 8. Consumo das dietas enterais.....	105
Tabela 9. Consumo dos equipos de dieta enteral.	105
Tabela 10. Consumo das sondas nasoentéricas (SNE).	105
Tabela 11. Consumo dos fixadores de sondas.	105
Tabela 12. Consumo das dietas parenterais.	107
Tabela 13. Consumo dos equipos fotossensível de dieta parenteral.	107
Tabela 14. Consumo de fórmulas dispensadas (latas)	108



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de intervenções cirúrgicas no período de mar/2023 a mai/2023...	13
Gráfico 2. Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar.	14
Gráfico 3- Resultado índice de quedas.....	17
Gráfico 4. Úlceras por pressão no período de março/2023 a abril /2023.	18
Gráfico 5- Resultado de notificações no semestre.....	21
Gráfico 6. Quantidade de itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites	38
Gráfico 7. Erros na prescrição de medicamentos.....	43
Gráfico 8. Preparação alcoólica por ml.	46
Gráfico 9. Tempo Porta-ECG do período de março 2023 a maio 2023.....	49
Gráfico 10. Taxa de adesão a terapia medicamentosa do período de março 2023 a maio 2023.	51
Gráfico 11. IPCS março a maio 2023	70
Gráfico 12. Taxa de utilização de CVC	70
Gráfico 13. Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD.....	77
Gráfico 14. Utilização de SVD.	78
Gráfico 15- Indicador de Densidade de PAV	88
Gráfico 16- Taxa de Ventilação Mecânica	89
Gráfico 17- Número de paciente dia em VM	89
Gráfico 18- Bundles setoriais.....	90
Gráfico 19. Resultados da taxa de efetividade da terapia nutricional do período de março a maio/2023.....	110
Gráfico 20. Estado nutricional dos pacientes internados Março a Maio 2023	112



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de ação para melhorar a segurança do paciente e qualidade assistencial.....	19
Quadro 2. Intervenções farmacêuticas na prescrição.....	34
Quadro 3. Carros de PCR.	38
Quadro 4. Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância.....	41
Quadro 5. Medidas de prevenção de IPCS associada a cateter central.....	60
Quadro 6. Cuidados diários com os cateteres vasculares.	63
Quadro 7. Recomendações para troca de dispositivos vasculares.	66
Quadro 8. Medidas de prevenção de Pneumonia associada a ventilação mecânica. ...	83
Quadro 9. Medidas de prevenção de Infecção relacionada a assistência a saúde.	87
Quadro 10. Ficha técnica do indicador de taxa de efetividade da terapia nutricional.	110



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	10
1.1 Indicador de taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar	12
1.2 Resultados do indicador	13
1.3 Indicador do índice de quedas e úlceras por pressão	14
1.3.1 Índice de quedas.....	14
1.3.2 Úlcera por pressão.....	17
1.3.3 Notificação de eventos adversos.....	20
1.3 Indicador taxa de erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos	22
1.3.1 Padronização	24
1.3.2 Cadastro dos itens	25
1.3.3 Qualificação de fornecedores.....	27
1.3.4 Recebimento.....	28
1.3.5 Fracionamento.....	29
1.3.6 Armazenamento e distribuição	31
1.3.7 Avaliação farmacêutica da prescrição	33
1.3.8 Separação e conferência dos medicamentos.....	36
1.3.9 Carros de PCR	38
1.3.10 Resultados do indicador	41
1.4 Indicador de taxa de infecção de sitio cirúrgico por especialidade	43
1.5 Indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos	45
2 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE CARDIOLÓGICO	47
2.1 Indicador de tempo porta eletrocardiograma	48
2.2 Indicador de adesão a terapia medicamentosa	49



3	PROTOCOLO DE CONTROLE DE IRAS	53
3.1	Indicador de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central	54
3.1.1	Acompanhamento do bundle de prevenção IPCS.....	54
3.1.2	Diagnóstico epidemiológico de Infecção primária da corrente sanguínea (IPCS).....	58
3.1.3	Resultados do indicador	69
3.2	Indicador de incidência de infecção urinária associada a cateterismo vesical de demora	71
3.2.1	Acompanhamento do bundle de prevenção ITU	72
3.2.2	Resultados do indicador	77
3.3	Indicador de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	79
3.3.1	Ventilação mecânica invasiva (VMI).....	81
3.3.2	Cálculo de denominadores de risco para PAV	82
3.3.3	Diagnóstico epidemiológico de PAV.....	83
3.3.4	Acompanhamento do bundle de PAV	84
3.3.5	Resultados do indicador	88
4	PROTOCOLO DE EFETIVIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL.....	91
4.1	Nutrição Clínica e Terapia Nutricional da SCBM	92
4.2	Perfil nutricional dos pacientes internados na SCBM	98
4.2.1	Dieta via oral.....	99
4.2.2	Suplementação em pó.....	102
4.2.3	Dieta enteral	103
4.2.4	Dieta parenteral.....	106
4.2.5	Fórmulas Infantis	107
4.3	Resultados de melhoria na alimentação e nutrição na SCBM	108



4.4 Resultados do indicador de taxa de efetividade do atendimento nutricional...	109
CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
APÊNDICE A – PROTOCOLOS REVISADOS.....	117
APÊNDICE B – PLANO DE TRABALHO.....	328
APÊNDICE C – PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	338



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.

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

O protocolo de segurança do paciente é uma medida essencial implementada por instituições de saúde para garantir a qualidade do atendimento e a redução de erros médicos. Esse tema tem sido objeto de interesse crescente devido ao seu potencial impacto nos custos hospitalares. Neste tópico, abordaremos a relação entre a adoção de protocolos de segurança do paciente e sua influência nos custos hospitalares, explorando os benefícios e desafios enfrentados pelos hospitais ao implementar essas medidas.

A implementação de protocolos de segurança do paciente demonstrou resultados positivos nos últimos meses. A adoção de diretrizes padronizadas e práticas baseadas em evidências tem se mostrado eficaz na prevenção de erros relacionados a assistência à saúde, infecções hospitalares e outros eventos adversos, resultando em melhorias significativas na qualidade do atendimento e, conseqüentemente, na satisfação do paciente.

Além disso, a aplicação desses protocolos pode levar a uma redução de readmissões hospitalares, o que contribui para a otimização dos recursos e diminuição dos custos associados ao tratamento de complicações decorrentes de cuidados inadequados. Por exemplo, a diminuição de infecções relacionadas a procedimentos invasivos pode evitar gastos extras com medicamentos e prolongamento da hospitalização.

No entanto, a adoção de protocolos de segurança do paciente também enfrenta desafios. Um dos principais obstáculos é a resistência à mudança por parte de alguns profissionais de saúde, que podem encarar as novas diretrizes como uma interferência em sua prática clínica habitual, portanto requer trabalho contínuo a médio e longo prazo com objetivo de mudar a cultura a qual estavam inseridos.

Além disso, a implementação desses protocolos exige investimentos em treinamento, tecnologia e monitoramento, o que pode ser oneroso para a instituição de saúde, especialmente aquelas com recursos financeiros limitados.

Outro ponto a considerar é que, embora os protocolos de segurança do paciente possam resultar em economia de custos a longo prazo, os benefícios financeiros nem



sempre são imediatos. Algumas medidas podem exigir um período de adaptação e ajuste antes de surtirem pleno efeito na redução de eventos adversos e, conseqüentemente, nos gastos hospitalares.

A implementação de protocolos de segurança do paciente é uma medida crucial para garantir a qualidade do atendimento e reduzir os custos hospitalares a longo prazo. Apesar dos desafios enfrentados na adoção dessas práticas, os benefícios potenciais, como a prevenção de erros, a redução de infecções hospitalares e a diminuição de readmissões, tornam esses investimentos fundamentais para a melhoria do sistema de saúde.

Para maximizar os resultados, é essencial que todos se empenhem em fornecer o treinamento adequado aos profissionais de saúde, promover a cultura de segurança e utilizar tecnologias inovadoras para monitorar e avaliar continuamente a eficácia dos protocolos implementados. Somente através de um esforço conjunto será possível colher os frutos de uma assistência mais segura e sustentável para pacientes e hospitais.

Neste sentido, seguimos acompanhando os indicadores de segurança do paciente.

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 sitio 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 monitoramento da taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar é uma prática essencial para instituições de saúde, pois permite a avaliação contínua da qualidade dos serviços cirúrgicos e a identificação de possíveis oportunidades de melhoria.

A taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar é um indicador crucial para medir o desempenho das equipes cirúrgicas e a qualidade dos serviços prestados em um hospital. Através dessa métrica, é possível acompanhar o impacto dos procedimentos cirúrgicos sobre os resultados clínicos dos pacientes, especialmente em relação aos riscos associados a cada tipo de cirurgia.

Ao monitorar esse indicador, as instituições de saúde podem identificar áreas de atenção, como especialidades cirúrgicas específicas que apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, e direcionar esforços para implementar protocolos de segurança e boas práticas nessas áreas. Isso permite a redução de complicações evitáveis e, conseqüentemente, a diminuição das taxas de mortalidade, proporcionando um ambiente cirúrgico mais seguro.

Ademais, o monitoramento da taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar também é fundamental para aprimorar a transparência e a prestação de contas das instituições de saúde.

Além disso, o acompanhamento constante desse indicador é um componente essencial para a gestão de riscos hospitalares. Ao identificar tendências ou aumentos inesperados nas taxas de mortalidade cirúrgica, os gestores podem investigar as causas subjacentes e tomar medidas corretivas para evitar repetição de erros e melhorar a qualidade do cuidado cirúrgico.

Contudo, é importante ressaltar que a interpretação dos dados da taxa de mortalidade cirúrgica deve ser feita com cautela. Nem sempre altas taxas de mortalidade indicam negligência ou má qualidade do atendimento. Existem casos em que as cirurgias são realizadas em pacientes com condições de saúde muito comprometidas, o que pode influenciar negativamente o resultado, mesmo com os melhores cuidados médicos.



O monitoramento da taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar é uma ferramenta crucial para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços cirúrgicos oferecidos pelas instituições de saúde. Essa prática permite identificar áreas de oportunidade para implementar protocolos de segurança, melhorar a gestão de riscos, aumentar a transparência e prestar contas à sociedade.

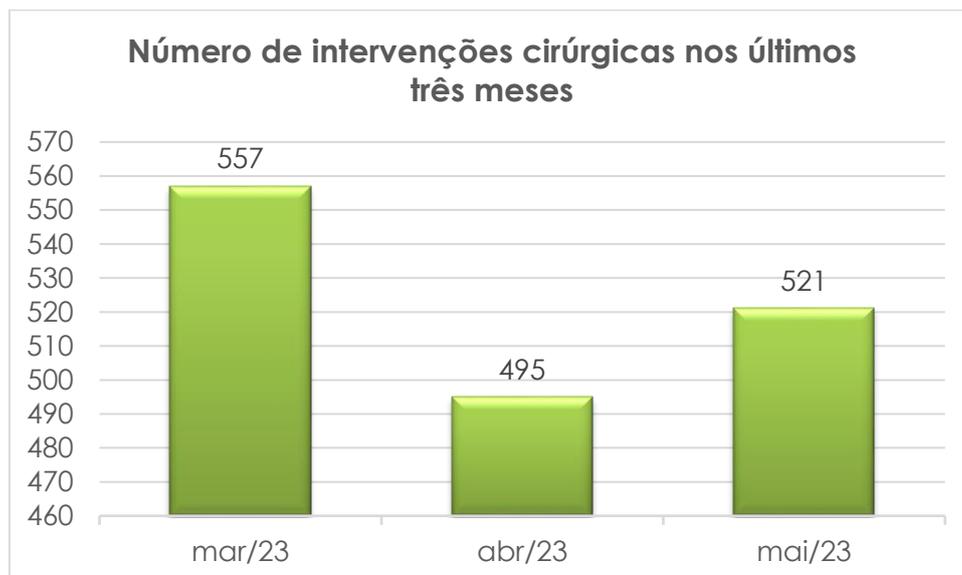
Através desse indicador, é possível promover uma cultura de segurança do paciente e impulsionar a busca contínua pela excelência nos cuidados cirúrgicos. Dessa forma, hospitais e equipes médicas podem trabalhar juntos para reduzir as taxas de mortalidade, garantindo uma assistência mais segura, eficaz e de qualidade para todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

1.2 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:

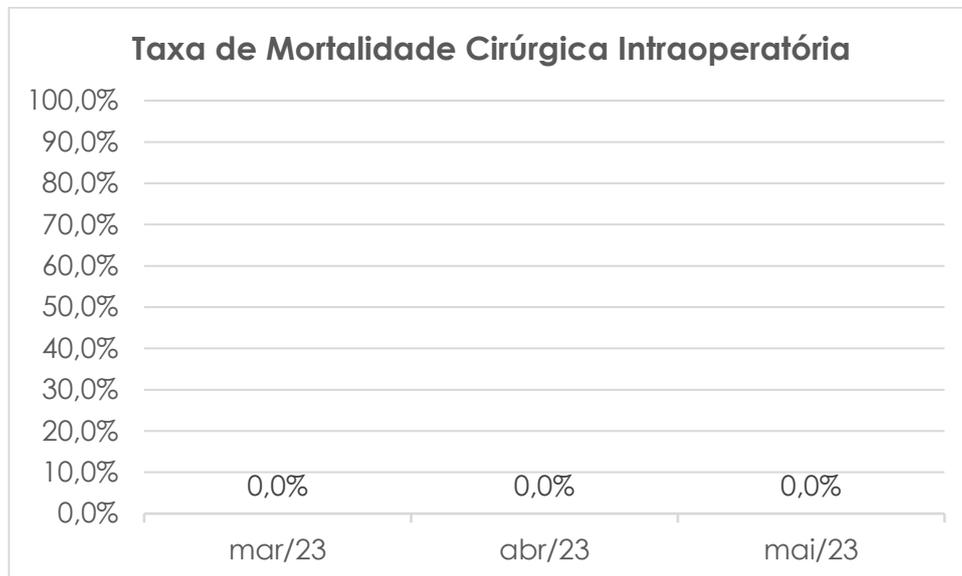
13

Gráfico 1. Número de intervenções cirúrgicas no período de mar/2023 a mai/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.



14

1.3 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.

1.3.1 Índice de quedas

Os eventos adversos, incluindo as quedas, representam um grande desafio para a segurança do paciente em instituições de saúde. As quedas são eventos adversos comuns em hospitais, sendo uma das principais causas de lesões em pacientes. Idosos e indivíduos com mobilidade reduzida são especialmente vulneráveis a esse tipo de acidente, mas pacientes de todas as faixas etárias podem estar sujeitos a quedas durante o período de internação ou tratamento.

A gravidade das quedas não pode ser subestimada, pois elas podem levar a lesões graves, fraturas ósseas, concussões e, em casos extremos, até mesmo a óbito.



Além do impacto físico no paciente, as quedas também acarretam consequências emocionais e psicológicas, levando a um declínio na confiança do paciente em sua própria mobilidade e na eficácia dos cuidados fornecidos pela equipe médica.

A prevenção de quedas é uma responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares. Estratégias preventivas incluem a avaliação inicial do risco de queda de cada paciente, a implementação de medidas ambientais adequadas, como a remoção de obstáculos no caminho, a instalação de corrimãos e barras de apoio, além do uso de dispositivos de alerta, como campainhas, para chamar a atenção da equipe em caso de necessidade.

A educação dos pacientes e familiares também é fundamental, informando-os sobre os riscos e medidas preventivas, bem como incentivando a participação ativa do paciente em seu próprio cuidado, dentro dos limites de suas condições de saúde.

Além da prevenção, a gestão de riscos é uma estratégia crucial para lidar com quedas já ocorridas e evitar que se repitam. A análise detalhada de cada evento adverso de queda permite identificar suas causas raízes, possibilitando a implementação de medidas corretivas e melhorias nos processos de cuidado e segurança.

15

Contudo, ainda existem desafios na prevenção e gestão de quedas, as quedas são eventos adversos que representam sérias ameaças à segurança e bem-estar dos pacientes em instituições de saúde. A prevenção e gestão de riscos associados a esse tipo de acidente são essenciais para garantir uma assistência mais segura e eficaz.

Avaliar o risco de queda de cada paciente, implementar estratégias preventivas adequadas e envolver os pacientes e familiares na sua própria segurança são ações fundamentais na redução da incidência de quedas. Além disso, a análise de eventos adversos ocorridos e a implementação de melhorias contínuas são essenciais para evitar que tais eventos se repitam no futuro.

Ao enfrentar os desafios relacionados à prevenção e gestão de quedas, as instituições de saúde podem melhorar significativamente a segurança do paciente, promovendo um ambiente mais seguro e confiável para todos os envolvidos no processo de cuidado.

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 dessa escala é possível evidenciar em números o total de pacientes com risco internados na unidade de saúde avaliados mensalmente de acordo com o grau de risco do paciente.

Com os dados monitorados neste trimestre, foi possível demonstrar em porcentagem o índice quedas nos meses de (março, abril e maio). A meta estabelecida é de 1,3 nos meses de março e abril conseguimos manter a meta, porém no mês de maio nossa meta ficou um ponto acima pois tivemos na unidade um aumento de pacientes com risco de queda, e mesmo com todas as medidas de prevenção ocorreram algumas quedas nesta unidade de saúde quedas sem danos ao paciente.

Realizado treinamento sobre as metas de segurança do paciente que contempla a prevenção do risco de queda.

Figura 1- Treinamento metas de segurança do paciente.

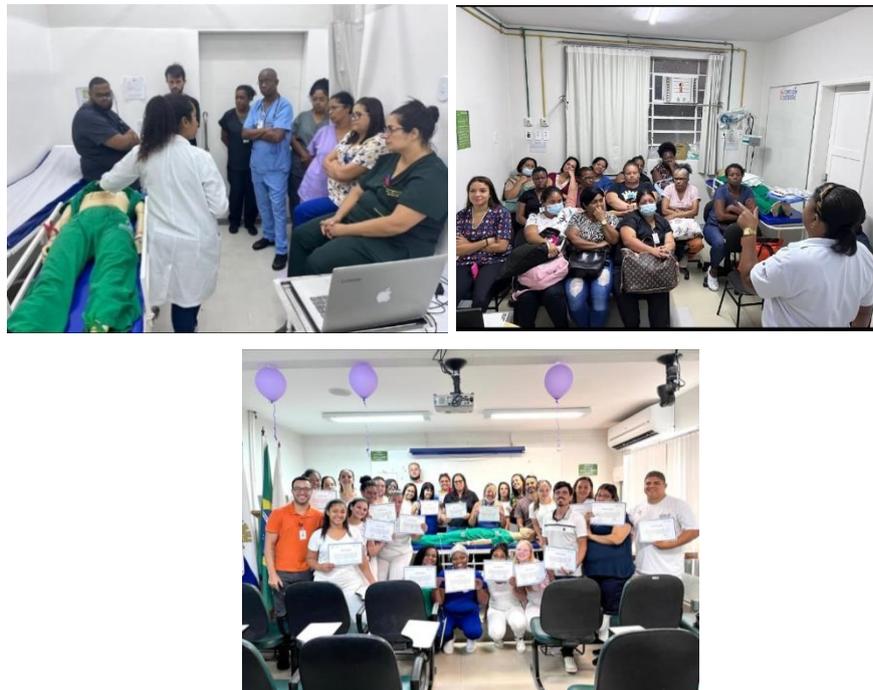
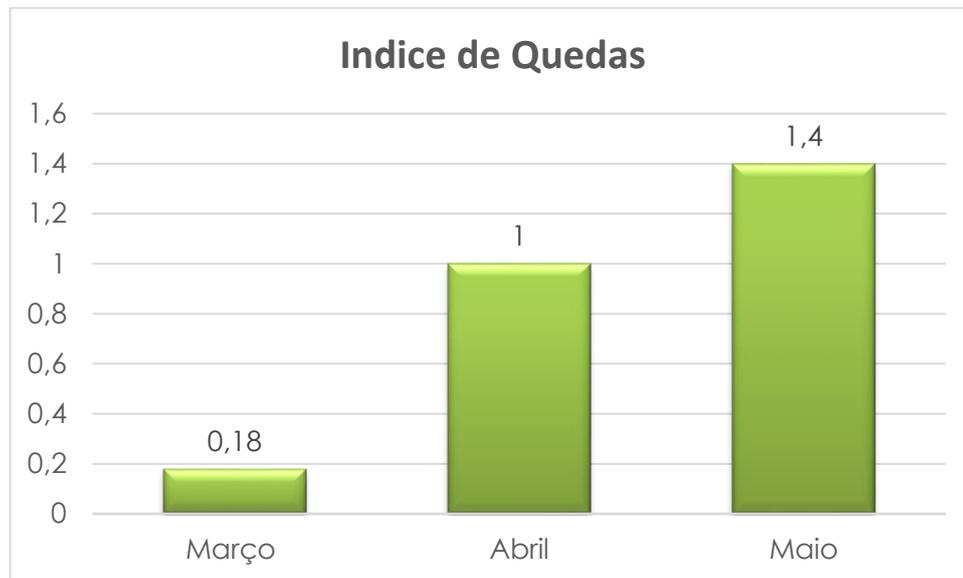


Gráfico 3- Resultado índice de quedas.



1.3.2 Úlcera por pressão

17

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.

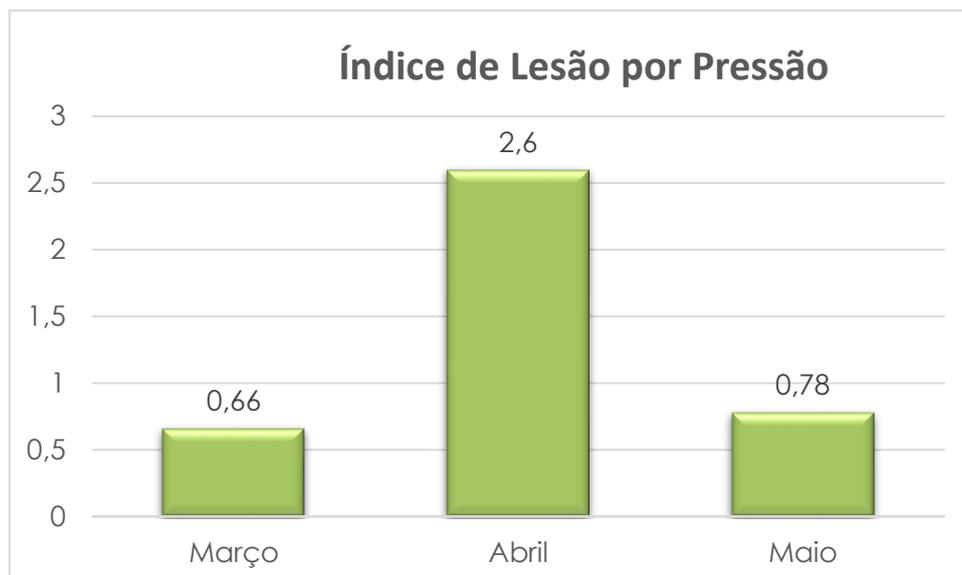
Diante da relevância deste evento a instituição implantou a realização de triagem e acompanhamento diário dos pacientes no ato da admissão pelo enfermeiro através da escala de BRADEN e avaliação diária da pele dos pacientes estratificados como grau de moderado a alto para desenvolver LPP.

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.

O gráfico de porcentagem de por Pressão do trimestre referido de março, abril e maio.

18

Gráfico 4. Úlceras por pressão no período de março/2023 a abril /2023.



De acordo com os dados citados e monitorados acima, demonstra em porcentagem que tivemos um aumento das LPP no mês de abril ficando muito acima da meta estabelecida de 1,3 devido ao aumento de pacientes já admitidos na unidade portando lesão por pressão denominadas lesões comunitárias que a unidade realiza o tratamento das lesões destes pacientes. Foram aplicados processos de melhorias nas unidades, cumprindo um plano de ação para mitigar e melhorar a segurança do paciente e a qualidade assistencial dos pacientes com risco.

Quadro 1 - Plano de ação para melhorar a segurança do paciente e qualidade assistencial.

PLANO DE AÇÃO
Revisado dos protocolos assistenciais de Segurança do Paciente.
Realizando treinamento das equipes técnicas (em andamento)
Em processo de revisão sobre as coberturas utilizadas para curativos na unidade (em andamento)
Otimização das rotinas assistenciais de acordo com o grau de risco dos pacientes
Orientação das equipes sobre os cuidados com dispositivos médicos que podem causar lesões (sondas, drenos, cateteres, fitas adesivas).

19

Realizados treinamentos com as equipes assistenciais, realizado melhorias da qualidade das roupas de cama e otimização dos processos assistenciais.

Figura 2- Treinamento das equipes assistenciais.



1.3.3 Notificação de eventos adversos

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

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

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

20

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.

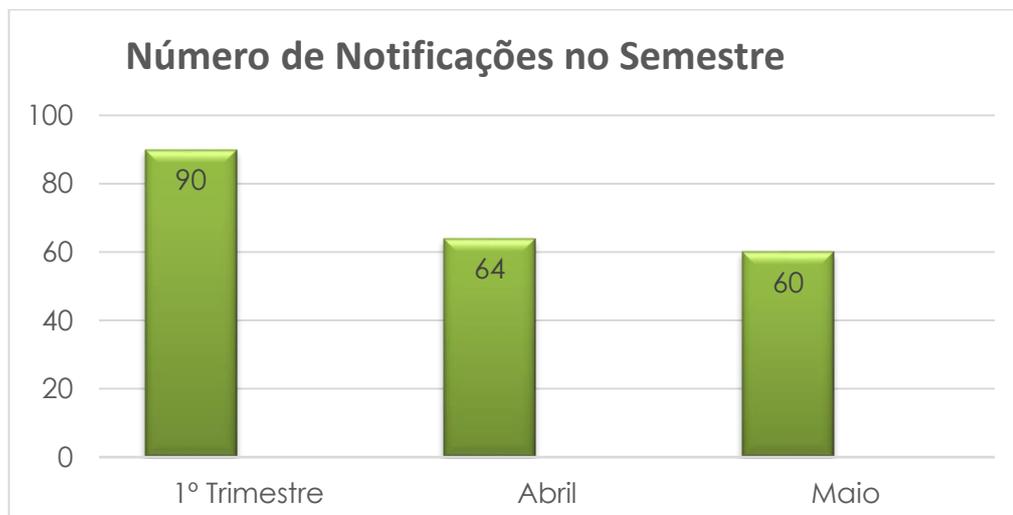
Na maioria dos casos, os eventos adversos não causam danos permanentes nos pacientes, mas podem, em algumas situações, levar ao óbito. São fatores que favorecem o surgimento desses momentos inesperados: comorbidades, uso de drogas, idade avançada do paciente.

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.

Obtivemos um ótimo resultado de notificações no referido tivemos um aumento nas notificações conforme o gráfico abaixo demonstra no semestre. Conseguimos trabalhar com as equipes a cultura não punitiva e assim tendo um aumento significativo nas notificações de eventos, as quais nos permitem trabalhar pontualmente os eventos da unidade de saúde. Resultando em planos de ações para melhoria dos processos.

21

Gráfico 5- Resultado de notificações no semestre.



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.

22

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.

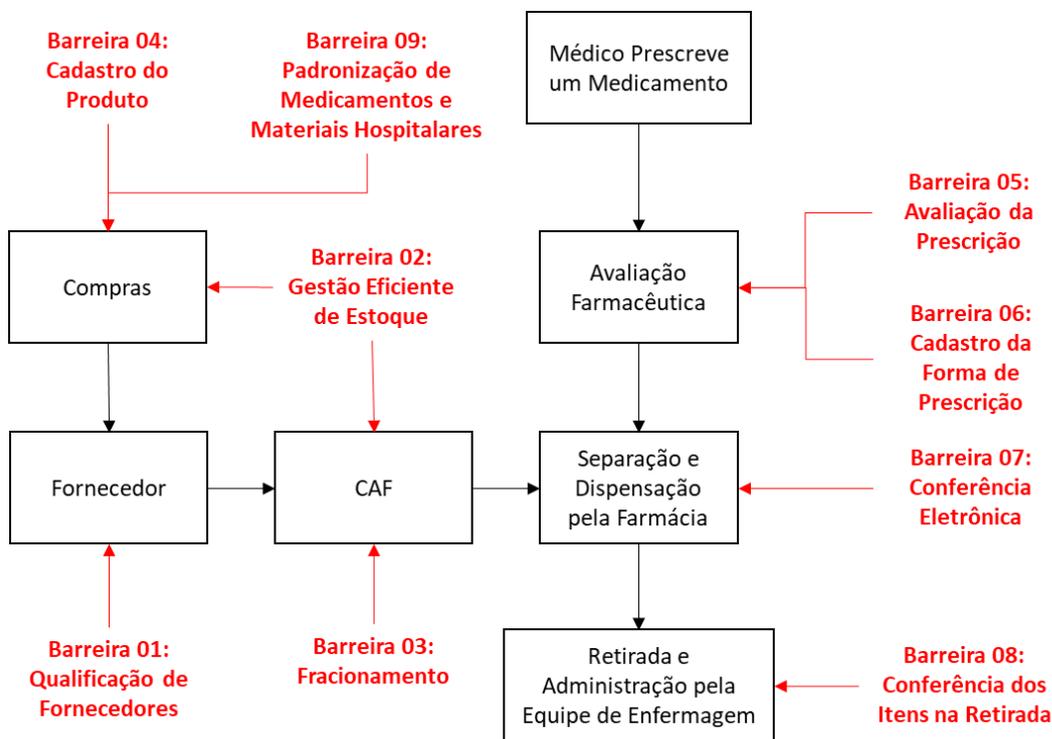
No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados Pubmed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medicativo erros” e “Brasil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados 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.



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 820 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

24

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).



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.

25

Figura 5. Cadastro de Produtos.

Unid.	Descrição	Fator	Relatórios	Ativo	Presc.	Qtde Ult. Ent.	VI Ult. Ent.	VI Real Ult. Entr	Custo Medio	Repre. ML
			Auxiliar 1	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>					Não



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.

26

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

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



apresentação, alertas de interações entre medicamentos ou entre medicamentos e alimentos.

1.3.3 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:

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

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



analisaram e corrigiram o processo que gerou a reprovação. Abaixo segue um exemplo do formulário de qualificação de fornecedores.

Figura 7. Formulário de Qualificação de Fornecedores.

 Santa Casa DESDE Barra Mansa 1859		"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					
	Lotes e Validades em Conformidade entre o Físico e a Nota					
ENFERMAGEM	Desvios de Qualidade Decorrente do Uso					
	Descrição da Queixa: _____					

28

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:

- a) Se o medicamento foi entregue pelo fornecedor ou empresa terceirizada devidamente licenciada para realizar o transporte de medicamentos e materiais hospitalares;



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

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

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

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

1.3.5 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 Etiquetado em
Embalagem Individual





Etiqueta de Fracionamento
Medicamento de Alta Vigilância



Estoque de Medicamentos Fracionados e
Prontos para Uso

Cada unidade daquele medicamento é acondicionada em uma embalagem individual e recebe uma etiqueta de identificação, com nome do medicamento, dosagem/concentração, lote, validade, código de barras para bipagem (ver mais adiante), e o nome do usuário responsável pelo fracionamento. Medicamentos perigosos (alta vigilância) são

acondicionados em embalagens individuais vermelhas, alertando que aquele medicamento exige cuidados especiais na sua dispensação e administração.

Todos os medicamentos fracionados são armazenados separadamente do 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.

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:

- a) Identificação do paciente;
- b) Medicamento, forma farmacêutica, dosagem/concentração, posologia e tempo de tratamento;
- c) 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.

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 2. 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 Padronizado Não 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.

The screenshot shows the 'Avaliação Farmacêutica' screen in the 'soulmv' system. The top navigation bar includes 'NOVO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE WEB' and 'Avaliação Farmaceutica'. The interface is divided into several sections:

- Header:** 'soulmv' logo, 'NOVO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE WEB', 'Avaliação Farmaceutica', and version 'Versão: SMA-PEP.2019.008.09.LTS'.
- Left Sidebar:** 'Lista de Pacientes', 'Dados do Paciente', 'Evolução Farmacológica', 'Prescrição Médica', 'Resultado de Exames', 'Visualização de Prontuário', 'Qualidade', and 'Avaliação Farmaceutica' (highlighted).
- Main Content Area:**
 - Status: Total de 2 itens: 0 em análise, 0 liberado(s), 0 liberado(s) com Obs., 2 liberado(s) Auto., 0 bloqueado(s), 0 Suspendo(s).
 - Alertas: 0 crítico(s), 0 informativo(s), 0 não classificado(s).
 - Outros: Esquemas: Todos selecionado(s) Freqüências: Selecionar... Não exibir cópias idênticas (0).
 - Table of prescribed items:

Item prescrito	Urg.	S.N.	Qtd.	Unidade	F. Aplicação	Freqüência	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.
 - Buttons: Bloquear Todos, Liberar Todos.
 - Section: Evolução farmacêutica.
 - Footnote: * Os itens em negrito, foram copiados de uma prescrição e não sofreram alterações.
- Right Panel:** 'Histórico' section showing a list of 'PRESCRIÇÃO MÉDICA' entries with dates like 31/01/2023, 28/11/2022, 24/10/2022, 17/10/2022, 10/10/2022, and 07/10/2022.



Figura 11. Tela para registro das Intervenções feitas pelo farmacêutico.

Intervenção Farmacêutica

Intervenção Farmacêutica: Liberado Auto.

DIPIRONA SODICA 500MG

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

Frequência: 12HX12H Se Necessário

Observação: sdasdasd

Componentes

Horários

28/11/2022 10 h: 0 m

28/11/2022 22 h: 0 m

Observação padrão: Digite para pesquisar uma observação padrão

Obs. Farmácia:

Tipo Intervenção: Digite para pesquisar um item

Intervenções Realizadas	Excluir

Liberar Bloquear Desfazer Voltar

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).

36

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

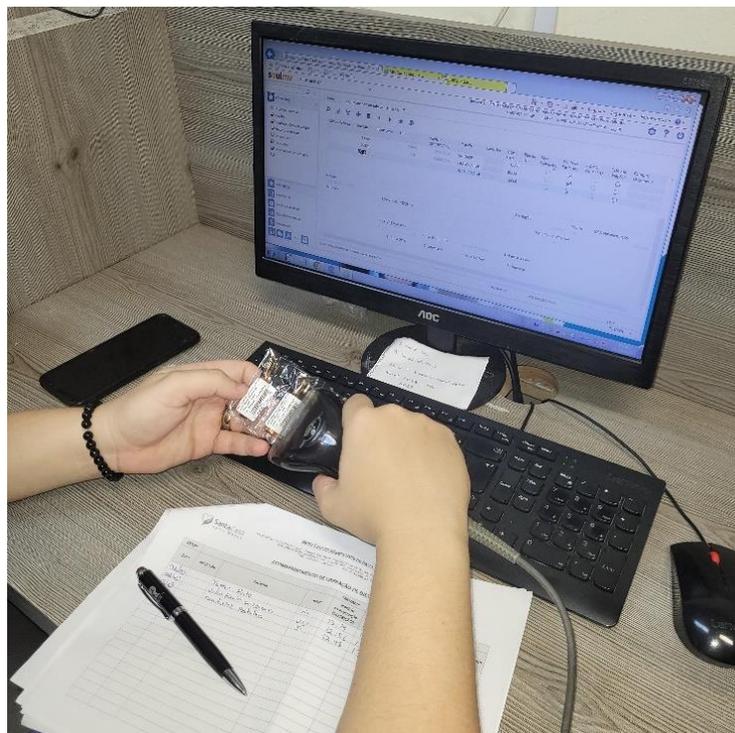


eletrônica dos produtos, através da bipagem dos itens solicitados no sistema. A bipagem garante que o produto correto, no lote e na validade correta, seja dispensado para o paciente.

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.

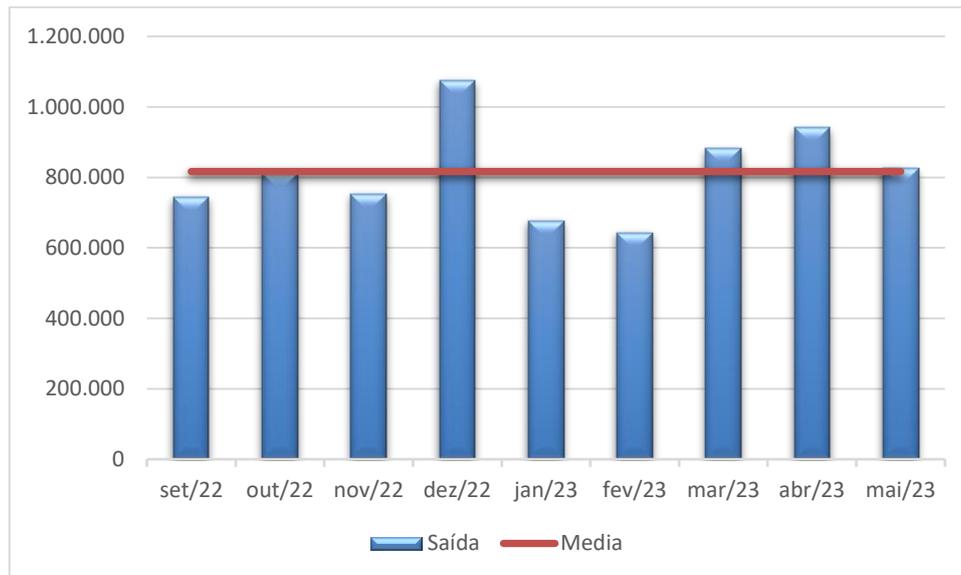


No ato da retirada, é realizada pela a equipe de enfermagem, juntamente com o setor de farmácia, uma inspeção visual dos itens dispensados, assim como uma conferência entre os itens solicitados e atendidos.

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

Setembro 2022	Outubro 2022	Novembro 2022	Dezembro 2022	Janeiro 2023	Fevereiro 2023	Março 2023	Abril 2023	Mai 2023
743.973	810.973	752.490	1.074.283	676.009	643.513	881.855	941.170	824.416

Gráfico 6. Quantidade de itens (Medicamentos e Materiais Hospitalares) movimentados pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácia Central e Farmácias Satélites



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 3. 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.

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.

39

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. = lacre inicial Q.R. = quantidade do material/medicamento que foi repostos. L.F. = lacre final											
Medicamentos / Materiais	Quant.	Data:									
		Hora:	Nº Lacre:								
		Enf.:		Enf.:		Enf.:		Enf.:		Enf.:	
		Q.E.	Q.R.								
1ª Gaveta											
Adrenalina 1mg/ml (ampola 1ml)	20										
Água Bidestilada (ampola 10ml)	5										
Atropina 0,25mg/ml(ampola 1ml)	10										
Adenosina 3mg (ampola 2ml)	2										
Aerolin- sabutamol	1										
Amiodarona 50mg/ml (ampola 3ml)	9										
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										
Fenitoina (ampola 3ml)	6										
Furosemida 20mg/2ml (ampola 2ml)	5										



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 4. Medicamentos Potencialmente Perigosos ou de Alta Vigilância.

Classe Terapêutica	Medicamentos Padronizados
Agonistas adrenérgicos endovenosos	Clonidina, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Metaraminol, Norepinefrina, Isoprenalina, Efedrina, Etilefrina, Terbutalina

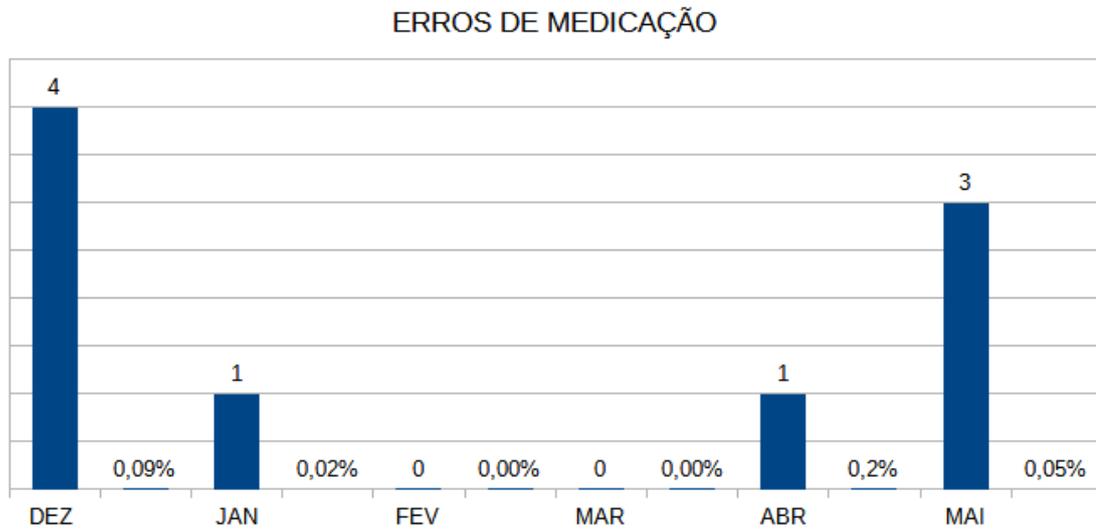


Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Bupivacaína, Dextrocetamina, Levobupivacaina, Lidocaína, Propofol, Ropivacaína, Sevoflurano, Isoflurano, Enflurano
Antagonistas adrenérgicos endovenosos	Metoprolol (tartarato)
Antiarrítmicos endovenosos	Amiodarona, lidocaína
Antitrombóticos	Varfarina, Heparinas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

O protocolo de segurança, uso e administração de medicamentos promove a inclusão de padronização das atividades reduzindo a possibilidade de falhas, aumentando a chance de interceptá-las antes de causar injúria ao paciente. Segue abaixo as taxas do período de março/2023 a maio/2023:



Gráfico 7. Erros na prescrição de medicamentos.



1.4 Indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade

O indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade é um parâmetro fundamental para avaliar a qualidade e a segurança dos procedimentos cirúrgicos realizados na instituição.

A infecção de sítio cirúrgico é uma das complicações mais comuns associadas a procedimentos cirúrgicos, podendo aumentar significativamente a morbidade e mortalidade dos pacientes, além de resultar em custos adicionais para os sistemas de saúde.

A taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade é um indicador que permite monitorar a ocorrência dessas infecções em diferentes tipos de cirurgias, identificando especialidades que possam estar enfrentando desafios específicos na prevenção de infecções.

Ao analisar esse indicador por especialidade, é possível identificar padrões e tendências que podem indicar a necessidade de ações corretivas ou melhorias nos protocolos de prevenção de infecções adotados. Por exemplo, determinadas especialidades cirúrgicas que apresentem taxas mais elevadas de infecção podem ser beneficiadas com a revisão de suas práticas de esterilização, aprimoramento da técnica



asséptica ou implementação de novos protocolos de profilaxia antibiótica.

Além disso, a utilização desse indicador promove a cultura de segurança do paciente, pois incentiva os profissionais de saúde a adotarem práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções. A análise comparativa entre especialidades pode estimular o compartilhamento de melhores práticas entre equipes cirúrgicas, favorecendo a disseminação de conhecimento e a adoção de abordagens mais eficazes na prevenção de infecções de sítio cirúrgico.

A publicação regular desses indicadores também é um fator importante para a transparência e prestação de contas à sociedade. Contudo, é necessário abordar alguns desafios na implementação e interpretação desse indicador.

A variabilidade na definição e notificação de infecções de sítio cirúrgico entre as instituições pode dificultar a comparação e a avaliação precisa das taxas. Por isso, a padronização e uso de critérios clínicos bem definidos são essenciais para garantir a consistência dos dados e facilitar a análise comparativa.

O indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade é uma ferramenta valiosa para avaliar a qualidade e a segurança dos procedimentos cirúrgicos realizados na instituição. Sua utilização permite identificar áreas de melhoria na prevenção de infecções, estimular a adoção de práticas baseadas em evidências e promover uma cultura de segurança do paciente.

Ao analisar esses indicadores, as instituições de saúde podem aprimorar seus protocolos de prevenção de infecções, compartilhar melhores práticas entre as equipes cirúrgicas e oferecer uma assistência mais segura e eficaz para os pacientes submetidos a cirurgias. A transparência na divulgação dessas informações também contribui para o empoderamento dos pacientes e suas famílias, possibilitando que façam escolhas informadas em relação aos cuidados cirúrgicos. Portanto, a utilização do indicador de taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade deve ser incentivada como uma estratégia fundamental na busca pela excelência e segurança nos serviços cirúrgicos.



Tabela 2. Infecções cirúrgicas no trimestre.

Mês	Especialidade	Núm. Infecção	Taxa Infecção
Março/23	-	3	0,8%
Abril/23	-	1	0,3%
Maió/23	-	1	0,2%

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

O indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos é uma medida crucial para garantir a eficácia da higienização das mãos em ambientes de saúde.

A higienização adequada das mãos é uma das práticas mais simples e eficazes para prevenir a disseminação de infecções nos ambientes de saúde. A preparação alcoólica para as mãos, também conhecida como álcool em gel, é um método amplamente utilizado para desinfetar as mãos de forma rápida e eficiente, reduzindo significativamente o risco de transmissão de micro-organismos entre pacientes e profissionais de saúde.

O monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos é um indicador que permite avaliar a adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização adequada. Através desse indicador, é possível verificar se a quantidade de preparação alcoólica utilizada está de acordo com as diretrizes e protocolos estabelecidos, garantindo a efetividade da desinfecção das mãos.

Esse indicador também desencadeia a conscientização e responsabilidade dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos. Ao serem conscientes de que sua adesão ao uso adequado de preparação alcoólica está sendo monitorada, os profissionais são incentivados a adotar essa prática de forma mais consistente, contribuindo para a prevenção de infecções hospitalares.

Além disso, o indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos é uma ferramenta de gestão valiosa. Através da análise dos dados



coletados, é possível identificar áreas de baixa adesão e direcionar esforços para treinamento e educação contínua dos profissionais, além de promover melhorias nos pontos de higienização das mãos e garantir o acesso adequado a preparação alcoólica em pontos estratégicos da instituição.

Contudo, alguns desafios podem surgir na implementação desse indicador, como a resistência dos profissionais em relação à vigilância e o risco de adesão superficial, onde a utilização do álcool em gel pode ser feita apenas para "cumprir protocolos" sem a devida atenção à técnica correta de higienização.

O indicador de monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos é uma ferramenta essencial na promoção da higienização adequada e na prevenção de infecções hospitalares. Ao medir a adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, esse indicador estimula uma cultura de segurança do paciente e boas práticas de higiene nas instituições de saúde.

A utilização desse indicador possibilita o aprimoramento contínuo das práticas de higienização das mãos, a identificação de áreas de melhoria e o fortalecimento da conscientização sobre a importância da higienização adequada para a segurança dos pacientes. Por meio da adoção desse indicador, as instituições de saúde podem avançar significativamente na prevenção de infecções hospitalares e na promoção de ambientes mais seguros e saudáveis para todos os envolvidos no cuidado dos pacientes.

Gráfico 8. 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. 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.

Acompanhar o Indicador de Tempo de Porta Eletrocardiograma é de extrema importância em diversos contextos médicos e clínicos. O termo "Indicador de Tempo de Porta" refere-se ao intervalo específico entre diferentes eventos no eletrocardiograma (ECG), que são os registros gráficos da atividade elétrica do coração. Aqui estão algumas razões importantes para acompanhar esse indicador:

Diagnóstico de arritmias cardíacas: O ECG é uma ferramenta fundamental para diagnosticar arritmias cardíacas, como a fibrilação atrial, taquicardia ventricular, bradicardia, entre outras. O acompanhamento do Indicador de Tempo de Porta pode ajudar a identificar a presença ou ausência dessas arritmias e a determinar a gravidade do problema.

Monitoramento da função cardíaca: permite avaliar a função cardíaca geral do paciente. Anormalidades nos intervalos do ECG podem indicar problemas na condução elétrica do coração, disfunção ventricular ou outras condições que afetam o ritmo cardíaco.

Determinação do risco de eventos cardiovasculares: Algumas condições cardíacas estão associadas a um aumento do risco de eventos cardiovasculares graves, como acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e infarto do miocárdio. O acompanhamento do ECG e, conseqüentemente, do Indicador de Tempo de Porta pode ajudar a identificar pacientes com risco aumentado.

Monitoramento de tratamentos cardíacos: Pacientes que estão sendo tratados para arritmias ou outras doenças cardíacas podem precisar de acompanhamento contínuo para avaliar a eficácia dos tratamentos. Mudanças nos intervalos do ECG podem indicar se o tratamento está funcionando adequadamente ou se ajustes são necessários.

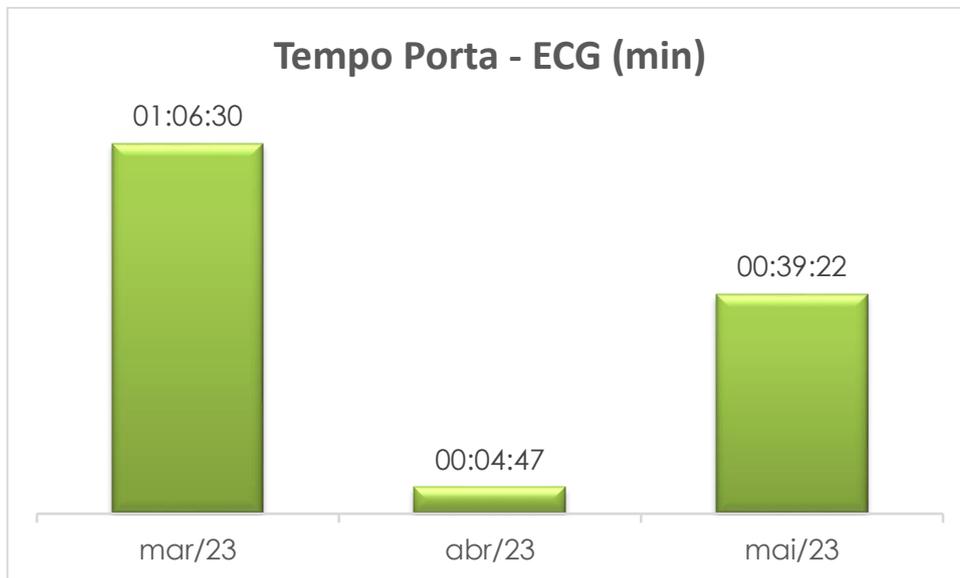
Tomada de decisões clínicas: O Indicador de Tempo de Porta pode fornecer



informações cruciais para a equipe médica ao tomar decisões sobre a conduta a ser seguida, como a necessidade de intervenção urgente, a escolha de medicamentos adequados ou a recomendação de procedimentos invasivos.

Em resumo, o acompanhamento do Indicador de Tempo de Porta Eletrocardiograma é uma parte essencial da avaliação clínica cardíaca. Ele fornece informações valiosas para o diagnóstico, monitoramento e tratamento de condições cardíacas, ajudando a garantir a saúde cardiovascular do paciente. Segue abaixo o tempo porta eletrocardiograma dos últimos três meses:

Gráfico 9. Tempo Porta-ECG do período de março 2023 a maio 2023.



2.2 Indicador de adesão a terapia medicamentosa

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

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

A adesão é um fator determinante de desfechos de alta qualidade, essa é uma preocupação crescente para os médicos e os sistemas de saúde por causa de evidências



de que a não-adesão é prevalente e associada a resultados adversos e custos mais elevados de cuidados da saúde.

Sabemos que o infarto agudo do miocárdio (IAM), é uma condição séria em que o fluxo sanguíneo para uma parte do músculo cardíaco é interrompido, geralmente devido a uma obstrução nas artérias coronárias que suprem o coração com sangue rico em oxigênio. Isso resulta em danos ao músculo cardíaco e pode levar a complicações graves, incluindo insuficiência cardíaca, arritmias e até a morte.

A adesão à terapia medicamentosa é de extrema importância no manejo do infarto agudo do miocárdio e no tratamento a longo prazo para prevenir futuros eventos cardiovasculares. Existem vários medicamentos-chave prescritos no tratamento dessa condição e para reduzir o risco de recorrência, e a adesão adequada a esses medicamentos é vital para o sucesso do tratamento.

Os principais medicamentos usados no tratamento após um infarto agudo do miocárdio podem incluir:

Antiagregantes plaquetários: como a aspirina, que ajuda a prevenir a formação de coágulos sanguíneos nas artérias coronárias e reduzir o risco de novos eventos cardiovasculares.

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA): são usados para diminuir a sobrecarga do coração e melhorar a função cardíaca.

Betabloqueadores: ajudam a reduzir a frequência cardíaca e a pressão arterial, diminuindo a demanda de oxigênio pelo coração.

Estatinas: são medicamentos para reduzir o colesterol, diminuindo o risco de formação de placas de aterosclerose e a ocorrência de eventos cardiovasculares subsequentes.

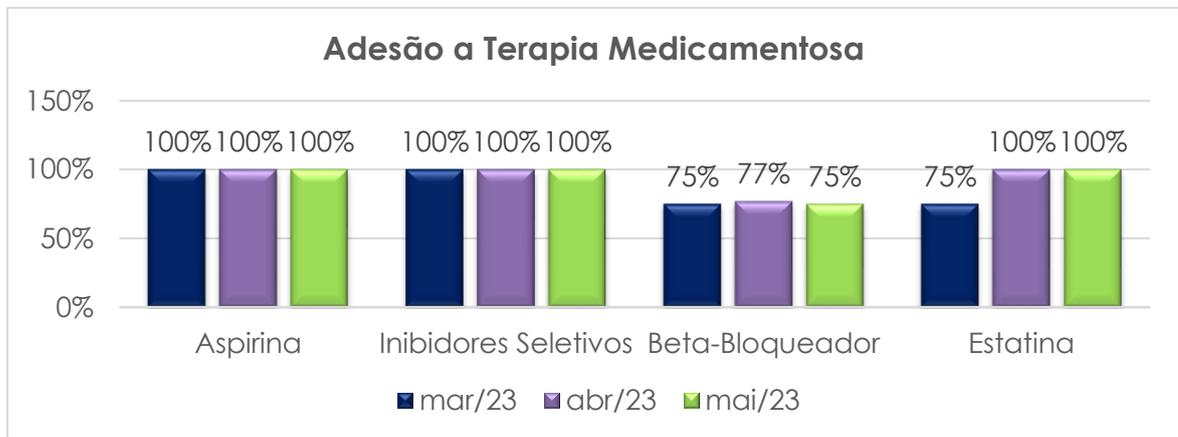
Anticoagulantes: em alguns casos, podem ser prescritos anticoagulantes para prevenir a formação de coágulos sanguíneos em outras partes do sistema cardiovascular.

A adesão a esses medicamentos é fundamental para obter os melhores resultados em termos de recuperação e prevenção de eventos futuros. A falta de adesão pode levar a complicações graves, recorrência do infarto ou eventos cardiovasculares



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

Gráfico 10. Taxa de adesão a terapia medicamentosa do período de março 2023 a maio 2023.



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
Março/2023	8	01:06:30	100%	100%	75%	75%
Abril/2023	9	00:04:47	100%	100%	77%	100%
Maió/2023	8	00:39:22	100%	100%	75%	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.

3 PROTOCOLO DE CONTROLE DE IRAS

53

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

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

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

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



de pessoas nos serviços de saúde.

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

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

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

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

Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular. A IPCS associa-se a aumento na taxa de mortalidade, a maior tempo de internação e a incrementos de custos relacionados à saúde.

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

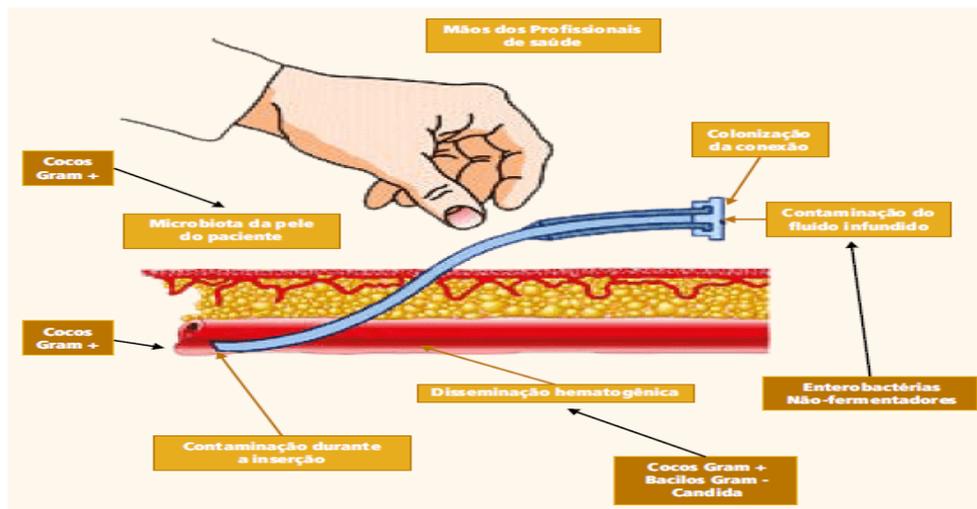
3.1.1 Acompanhamento do bundle de prevenção IPCS

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



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

Figura 16. Fisiopatogênese da IPCS.



55

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

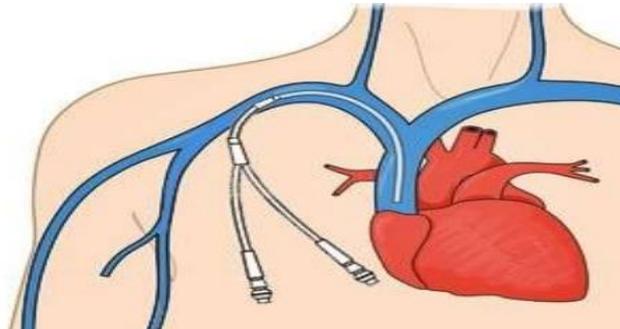


externas e comum, veias femorais e, em neonatos, cateter umbilical ou arterial.

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.



56

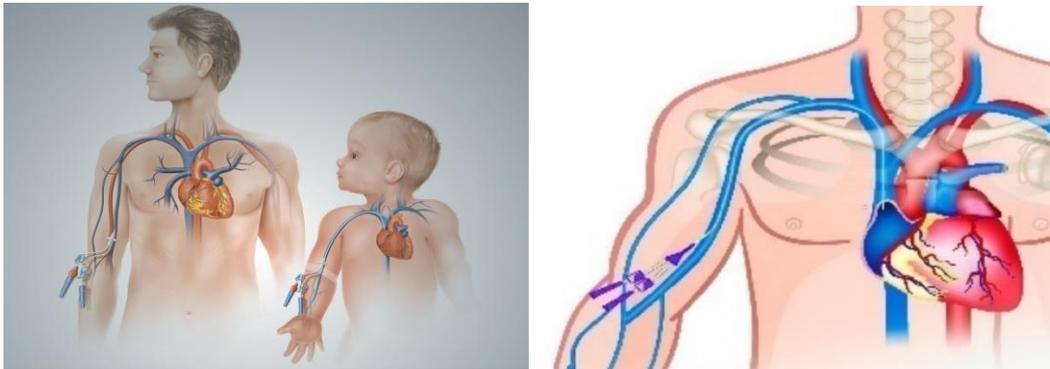
- b) **Cateter Central de longa permanência:** são aqueles que atingem vasos centrais e são instalados cirurgicamente, pois são tunelizados (fazem um túnel através do tecido subcutâneo). São frequentemente empregados quando há necessidade de acesso central por períodos mais prolongados (tipicamente acima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

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



- 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.

57

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).

58

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.

59

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.

Quadro 5. 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, gazes, 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

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

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, fístula 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: Permcaath, Port-a-cath e Hickman)
 Outro: _____



<p>Escolha da subclávia como sítio preferencial para reduzir complicações infecciosas? *</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>	<p>Nome do médico executor: *</p> <p>...</p>
<p>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) *</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>	<p>Antissepsia cirúrgica das mãos pelo médico executor da punção e higiene das mãos na técnica com álcool pelos profissionais auxiliares do procedimento? *</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Houve quebra de barreira durante a execução do procedimento? (qualquer ação que tenha comprometido a técnica asséptica) *</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>	<p>Paramentação completa do médico executor e profissionais auxiliares? (Gorro, máscara, capote estéril, luvas estéreis) *</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>

Quadro 6. 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.



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 antisepsia 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 paciente possui alguma das situações abaixo? *

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



O curativo está limpo, seco e com integridade preservada? *
(não pode ter sujeirinha de sangue, não pode ter gotinhas de água lá dentro da película)

Sim
 Não

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

Sim
 Não

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

Sim
 Não

Limpar seleção

O cateter está fixado? *

Sim
 Não

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

Sim
 Não

Limpar seleção

Quadro 7. 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:	- 7 dias, exceto para soluções lipídicas e



- Na infusão contínua de medicamentos e soluções, PAM e demais sistemas fechados de monitorização hemodinâmica	hemoderivados - 24 Horas - 12 Horas
- Na infusão intermitente	- A cada etapa
- Nas infusões lipídicas	- A cada bolsa
- Nas infusões de nutrição parenteral	Ou se houver troca do cateter,
- Nas infusões de hemocomponentes.	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.

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.

67

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.

68



Figura 23. Padrão de curativo utilizado para CVC.



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.

69

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 (março, abril e maio de 2023):

Gráfico 11. IPCS março a maio 2023

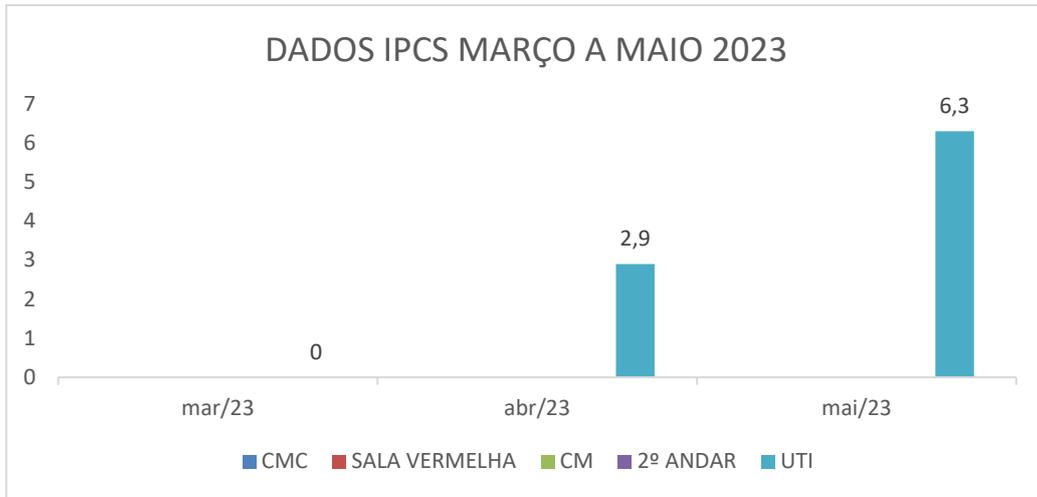
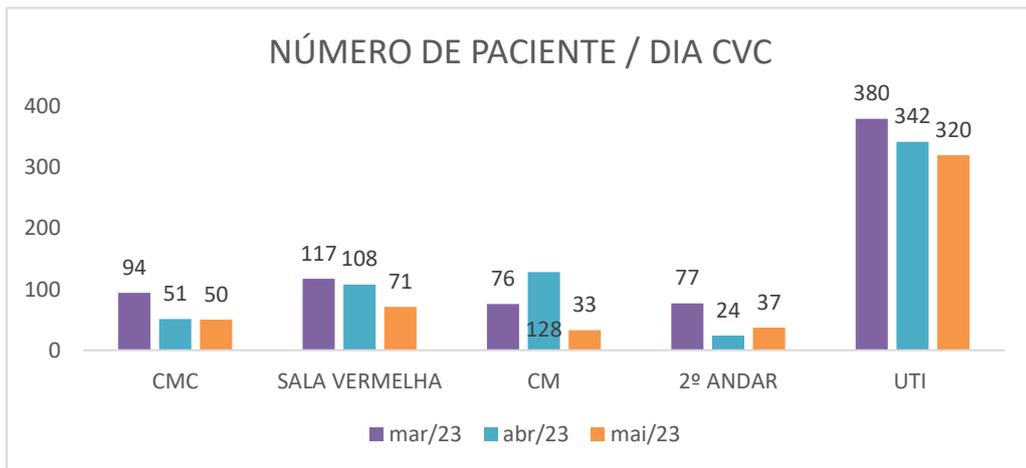
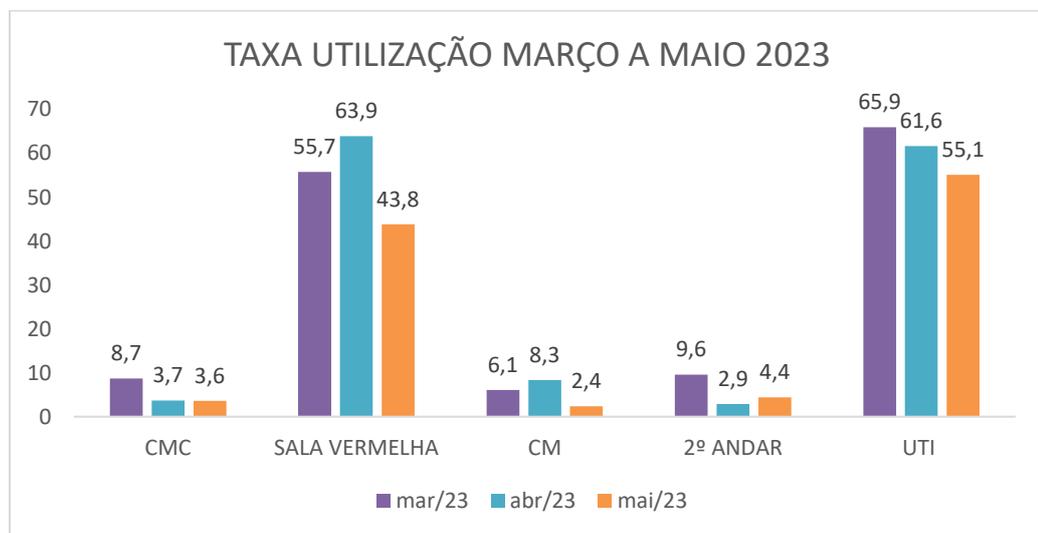


Gráfico 12. Taxa de utilização de CVC



70



O gráfico demonstra um aumento significativo da taxa de utilização de CVC na UTI e na sala vermelha, 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: antissepsia das mãos, paramentação completa do profissional, kit completo, campo estéril suficiente, utilização de US guia, utilização de subclávia, utilização de antissepsia alcoólica, se houve quebra de barreira durante o procedimento, e se houve múltiplas tentativas.

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.

As equipes já foram sinalizadas pela SCIH sobre a importância do preenchimento mensal dos bundles.

71

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 débitourinário.
3. Pós-operatório, pelo menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto para cirurgias urológicas específicas.
4. Tratamento de pacientes do sexo feminino com úlcera por pressão grau IV com cicatrização comprometida pelo contato pela urina.

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

Abaixo são citadas técnicas de inserção do cateter urinário:

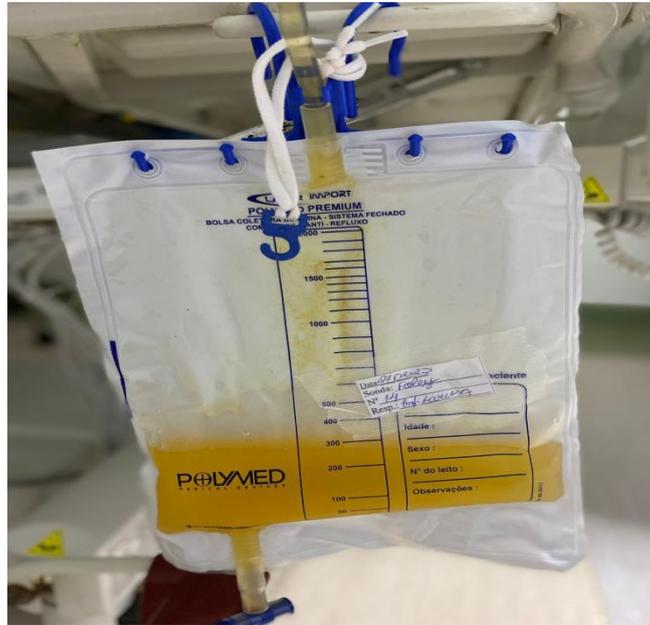
- 1) Reunir o material para higiene íntima, luva de procedimento e luva estéril, campo estéril, sonda vesical de calibre adequado, gel lubrificante, antisséptico preferencialmente em solução aquosa, bolsa coletora de urina, seringa, agulha e água destilada;
- 2) Higienizar as mãos com água e sabonete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



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 devida ao paciente, porém não há evidências de redução de infecção;

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

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

Outras medidas realizadas mensalmente são os controles internos relacionados ao controle da qualidade da água, que é acompanhado pelo setor de infraestrutura e SCIH da SCBM. Em caso de sinalização de possível contaminação da água, o SCIH sinaliza



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: 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: L7N041072/55.61.10 Nº CRV Nº: IN048504 Validade: 26/02/2023

INFORMAÇÕES DO CLIENTE:
 Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA
 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA
 Tipo de Atividade: CASA DE MISERICORDIA CNPJ: 28.683.712/0001-71
 Endereço: HOSPITAL - 28.683.712/0001-71 CEP: 27310-420
 Bairro: RUA PINTO RIBEIRO - CENTRO BARRA MANSA RJ
 Telefone: 27310-420 Fax: BARRA MANSA RJ E-mail: Func@scbm.org.br
 Contato: 3325-8300 e 3359 Fun@scbm.org.br

VETORES (OU PRAGAS) URBANAS CONTROLADOS:
 BARATA DE COZINHA BARATA DE ESOTO RATO RATAZONA CAMANDONGO PALHA
 CARRAPATO CUPIM SUBTERRÂNEO CUPIM DE MADEIRA SECA MOSCA MOSQUITO LACRINA
 ESCORPIÃO FORMIGA TRAÇA ARANHA OUTRO

ATIVIDADE DESENVOLVIDA:
 CONTROLE QUÍMICO Especificar: _____
 CONTROLE NÃO QUÍMICO

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

Quantidade	Grupo Químico	Nome do Princípio Ativo	Concentração de uso (%)	Diluição	Quantidade Total (kg)	Preparo/uso	Equip. (L)
001	PIRETRÓIDE	DELTA METREX	1,00	100	0,00	0,00	00
002	PIRETRÓIDE	DELTA METREX	1,00	100	0,00	0,00	00
003	PIRETRÓIDE	DELTA METREX	1,00	100	0,00	0,00	00
004	PIRETRÓIDE	DELTA METREX	1,00	100	0,00	0,00	00

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 _____ dias.
 A GAT foi estabelecida pelo mercado com base em experiências técnicas agregadas às características biológicas e comportamentais do vetor ou da praga-alvo, do efeito residual dos produtos químicos utilizados, das condições físicas e ambientais do local que sofreu a ação de controle e da metodologia de aplicação. Veja os prazos de GAT no verso.
 As aplicações especiais de inseticidas para controle de mosquitos de importância em Saúde Pública, por Ultra Baixo Volume (UBV) ou por Termonebulização (TND) 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.

MEIDAS CORRETIVAS E/OU PREVENTIVAS

Praga-alvo	DESCRIÇÃO

APLICADOR Nome: _____ Assinatura: _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO Nome: _____ Assinatura: _____
CLIENTE Nome: _____ Assinatura: _____

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



Figura 28. Relatório de resíduos.

The image shows two identical copies of a waste transport manifest (MTR) form from INEA (Instituto Estadual do Ambiente). The forms are for MTR nº 2103427687 (left) and MTR nº 2103427536 (right). Both forms include sections for identification of generator, transporter, and destination, as well as a table for waste identification.

Identificação do Gerador: Razão Social: 77442 - Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa; Endereço: Rua Pinto Ribeiro, nº 205; Município: Barra Mansa; Estado: RJ; Telefone: (24) 3325-8300; Fax/Telex: (24) 3325-8300; Nome e assinatura do responsável: [Assinatura]

Identificação do Transportador: Razão Social: 24313 - HIDROSERV AMBIENTAL LTDA; Endereço: Avenida Presidente Kennedy, nº 3083; Município: Barra Mansa; Estado: RJ; Telefone: (24) 3325-8030; Fax/Telex: (24) 3325-8030; Nome e assinatura do responsável: [Assinatura]

Identificação do Destinatário: Razão Social: 28927 - COMPANHIA ESTADUAL DE ÁGUAS E ESGOTOS CEDAE - Unidade: ETE Barra de Itaipu; Endereço: Avenida Ayrton Senna, nº 1791; Município: Rio de Janeiro; Estado: RJ; Telefone: [Vazio]; Fax/Telex: [Vazio]; Nome e assinatura do responsável: [Assinatura]

Identificação dos Resíduos: Tabela com 6 colunas: Nome, Código ABNT e Denominação, Estado Proveniente, Classe, Acondicionamento, Quantidade, Unidade, Percentagem. Exemplo: 1 - 20024 - Lixo de limpeza doméstica, RJ, Sólido, Resíduo, 10,00000, Tonelada, Tratamento de Efluentes.

3.2.2 Resultados do indicador

Abaixo demonstramos os nossos resultados de densidade de infecção relacionadas a SVD nos meses de março, abril e maio de 2023:

Gráfico 13. Densidade de incidência de ITU relacionada à SVD.

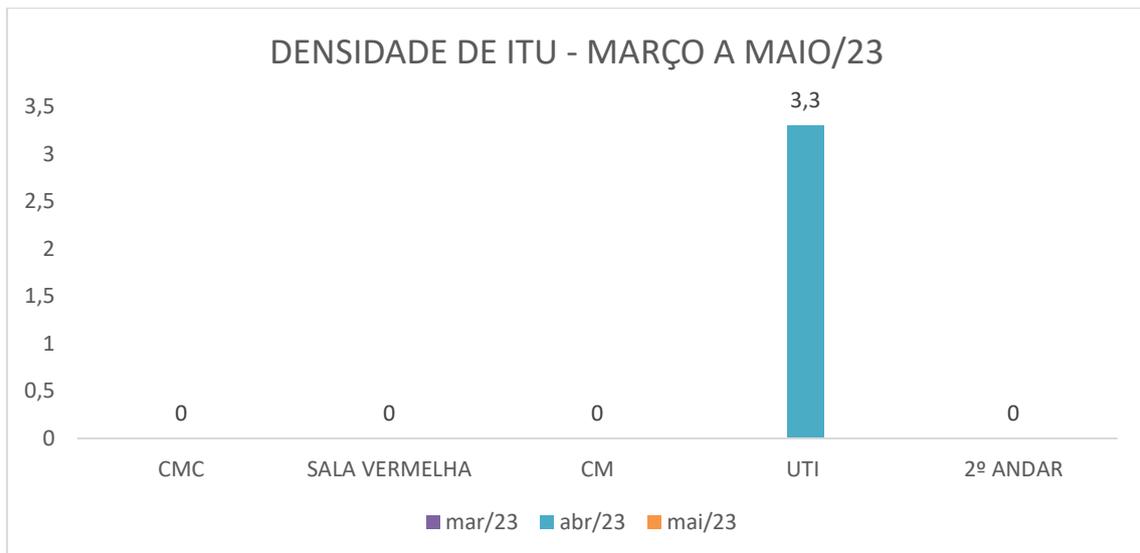
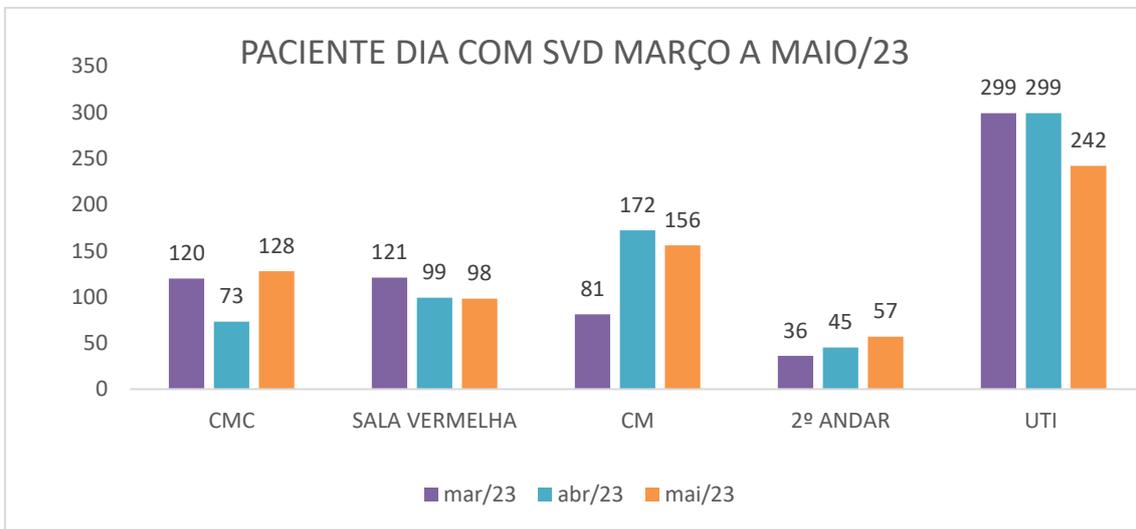
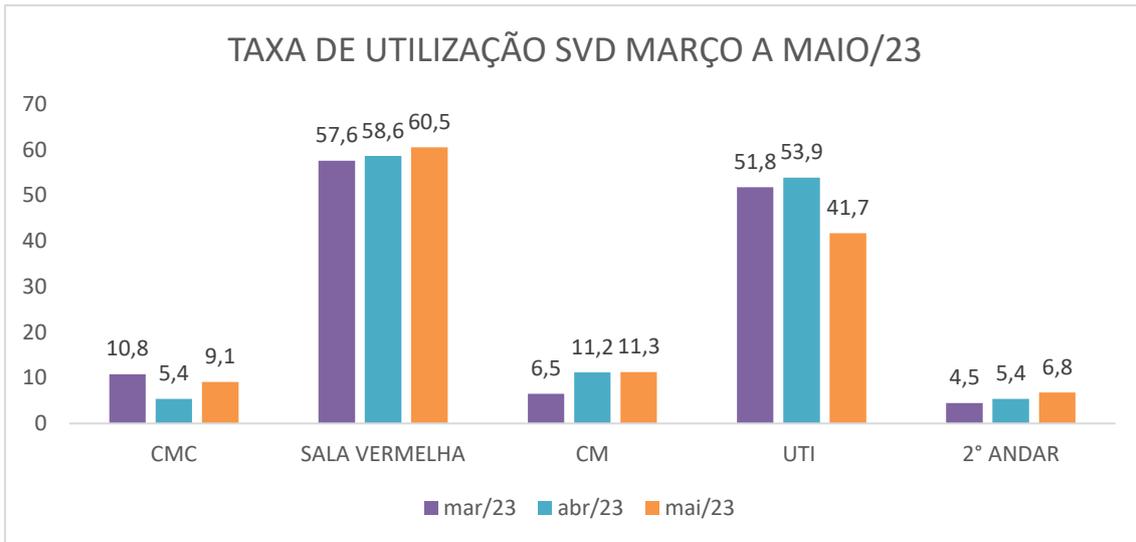


Gráfico 14. Utilização de SVD.



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.

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.

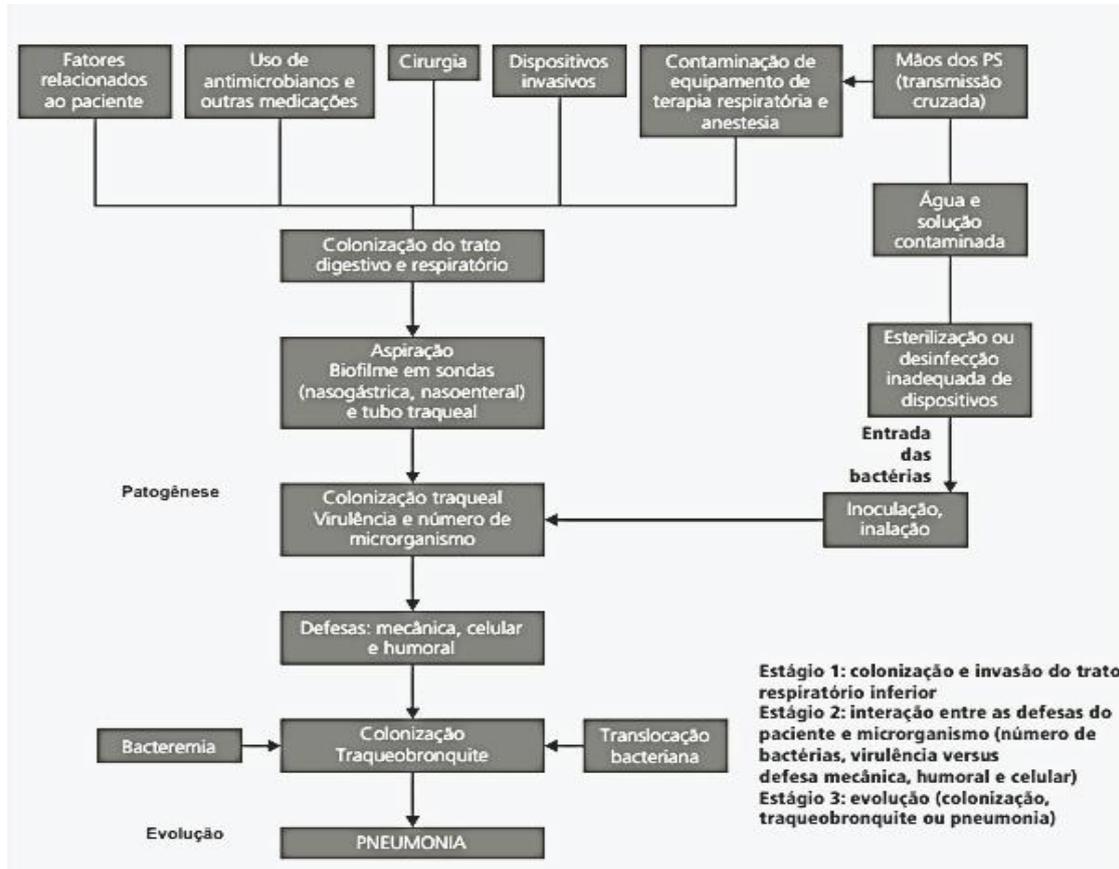
As pneumonias hospitalares normalmente ocorrem nos lobos inferiores e nos segmentos posteriores destes, devido sua natureza aspirativa. Após a aspiração, o material contaminado impacta em brônquios de pequeno calibre e expande-se para o espaço alveolar ao redor, causando uma broncopneumonia. Como podem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

80

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 – Continuo 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.



82

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 \leq 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 \leq 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.

83

Quadro 8. 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.



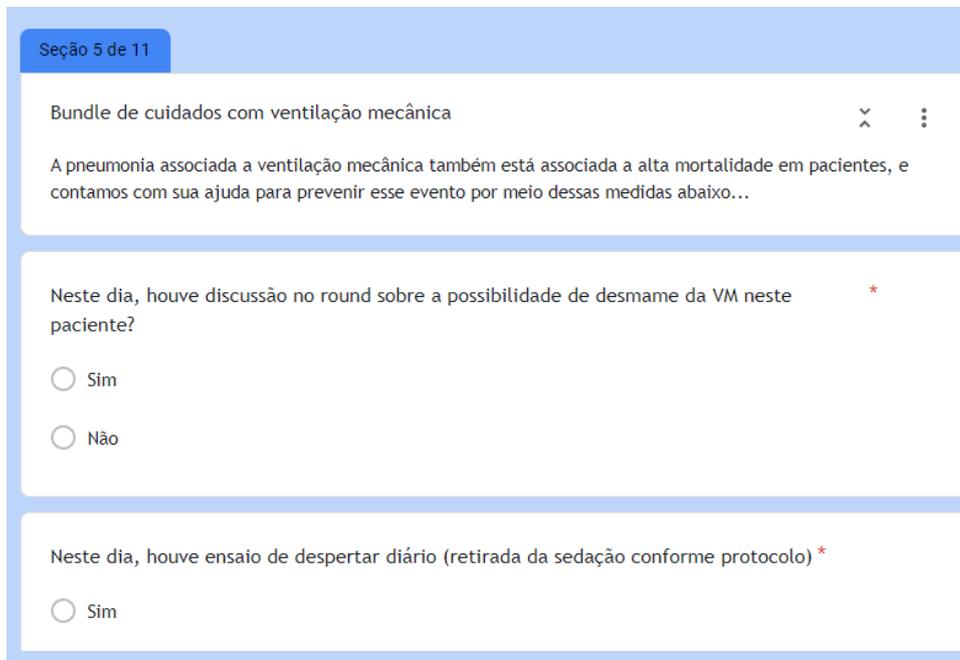
<p>Para adultos e crianças > 3 anos: Escovação diária dos dentes.</p> <p>Adultos: antisséptico a base de clorexidina aquosa 0,12%.</p> <p>Crianças > 3 anos: pasta de dente com flúor.</p> <p>Para adultos e pediátricos: Considerar traqueostomia precoce.</p>
<p>Considerar alimentação pós pilórica em vez de alimentação gástrica em pacientes com alto risco de aspiração.</p>
<p>Manter ou melhorar o condicionamento físico e implementar protocolo de mobilização precoce.</p>
<p>Para adultos e pediátricos: Elevar a cabeceira 30-40°.</p>
<p>Colocar pacientes não intubados com insuficiência respiratória hipoxêmica aguda por COVID-19 em posição prona.</p>
<p>Troque o circuito do ventilador somente se estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento.</p>
<p>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.</p>
<p>Em UTI neonatal, utilizar terapia com cafeína nas primeiras 72 horas após nascimento, para facilitar extubação em recém nascidos prematuros.</p>
<p>Em UTI neonatal, considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento reclinado lateral; - Posicionamento trendelemburg reverso.
<p>Em UTI neonatal, considerar higiene oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com água estéril, ou - Com colostro.
<p>Em UTI neonatal, considerar evitar a sedação rotineira. Despertar diário não é prática em UTI neo e pode trazer riscos ao recém-nascido.</p>
<p>Em pacientes pediátricos, evitar sobrecarga hídrica. Monitorar em balanço hídrico.</p>
<p>Sepse pediátrica: iniciar diuréticos e/ou terapia de substituição renal precoce para crianças com SDRA e para crianças na fase pós-ressuscitação da sepse</p>
<p>Em pacientes pediátricos, usar TOT com cuff.</p>

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 45º? *

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 9. 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	Trocar a cada 24H

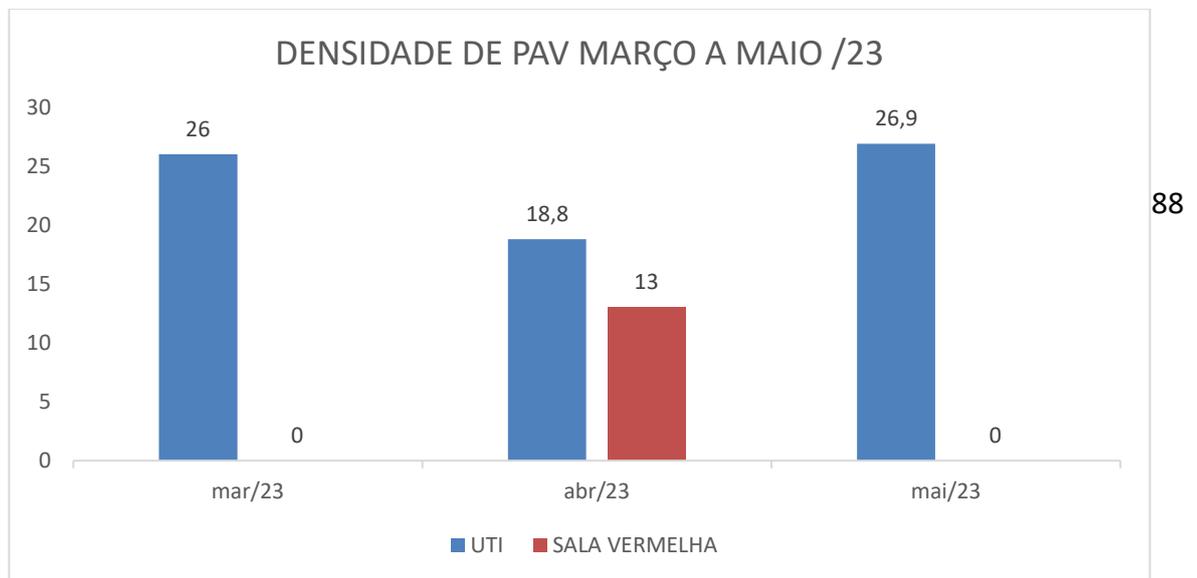


Reservatórios	
Água estéril e/ou medicamentos em nebulizadores/inaladores	Trocar a cada nebulização/inalação.
Escova de dente (higiene oral)	Trocar quando houver desgaste das cerdas

3.3.5 Resultados do indicador

Segue abaixo as nossas taxas referentes aos meses de março, abril e maio de 2023:

Gráfico 15- Indicador de Densidade de PAV



Observa-se um resultado favorável com uma linha tendência positiva, zerando nos meses de março e maio os casos de PAV na sala vermelha da SCBM e um aumento significativo na UTI adulto. Todos os casos são discutidos na reunião da CCIH com as tratativas diretas com os coordenadores setoriais.



Gráfico 16- Taxa de Ventilação Mecânica

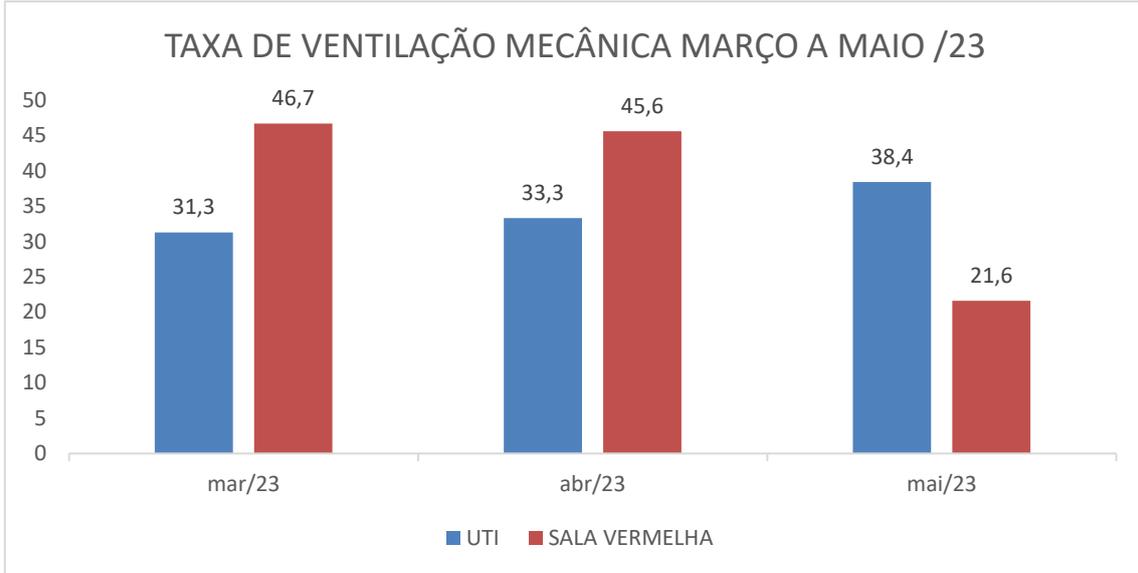
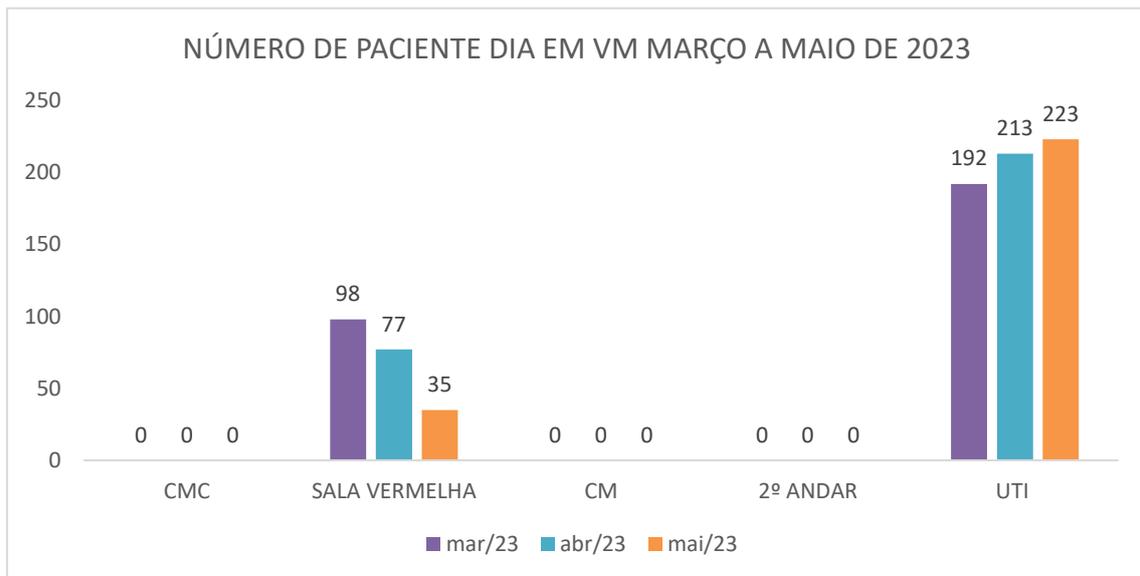


Gráfico 17- Número de paciente dia em VM



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



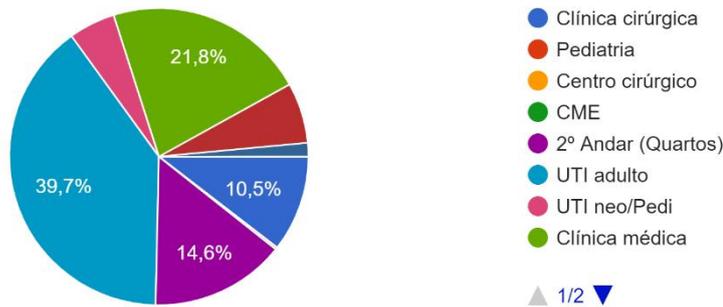
Relacionamos o aumento da densidade de PAV na UTI no mês de maio com o aumento da taxa de utilização de VM na UTI, com um perfil de pacientes graves/crônicos, dependentes de VM.

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 realizados pelas áreas assistenciais e SCIH, e de visitas técnicas conforme cronograma interno ou demanda esporádica.

Gráfico 18- Bundles setoriais

Qual setor que você está avaliando?
1.669 respostas



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

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

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

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



4 PROTOCOLO DE EFETIVIDADE DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL

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

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

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

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.

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.

93

CLAYTON FERREIRA DA SILVA
SAME 174459, Masculino, 76 Anos 8 Meses 1 Dia, SUS - INTERNACAO, CLINICA GERAL, CLINICA PSIQUIÁTRICA, CPSQ-L4

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

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 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 preenche 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)	
<input type="radio"/> Ausente pontuação 0	Estado nutricional normal	<input checked="" type="radio"/> Ausente pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
<input checked="" type="radio"/> Leve Pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar menor que 50-75% da necessidade normal na última semana.	<input type="radio"/> Leve pontuação 1	Fratura de quadril, pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise crônica, diabetes, câncer.
<input type="radio"/> Moderado Pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18.5-20,5 + condição geral	<input type="radio"/> Moderado Pontuação 2	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemias e linfomas



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

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: 81.2 kg ALTURA: 1.61 cm IMC: 31.3

DIAGNÓSTICO: #PIELONEFRITE
#PNEUMONIA

A Nos últimos três meses houve uma diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldades para mastigar ou deglutir.
 0 = Diminuição grave na ingestão
 1 = Diminuição moderada da ingestão
 2 = Sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos meses
 0 = Não sabe informar
 1 = Superior a 3 Kg

D Passou por algum estresse psicológico ou doenças aguda nos últimos três meses
 0 = Sim
 1 = Não

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 Gobl - 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)

95

Figura 37. Modelo FARNNEO - Ferramenta de avaliação do risco nutricional neonatal.

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

FARNNeo – Ferramenta de Avaliação do Risco Nutricional Neonatal	
1) Idade gestacional de nascimento	<input type="radio"/> RNT (> 37 semanas). (0 ponto) <input checked="" type="radio"/> RNPT (= 28 até < 37 semanas). (1 ponto) <input type="radio"/> RNPT extremo (< 28 semanas). (2 pontos)
2) Peso de nascimento	<input checked="" type="radio"/> PA (= 2500g). (0 ponto) <input type="radio"/> BP (= 1500g até < 2500g). (1 ponto) <input type="radio"/> MBP (= 1000g até < 1500g). (2 pontos) <input type="radio"/> EBP (< 1000g). (3 pontos)
3) Doença e/ou condição clínica (com alto risco nutricional)	<p>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.</p> <p><input type="radio"/> Sim. (2 pontos) <input checked="" type="radio"/> Não. (0 ponto)</p>

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.

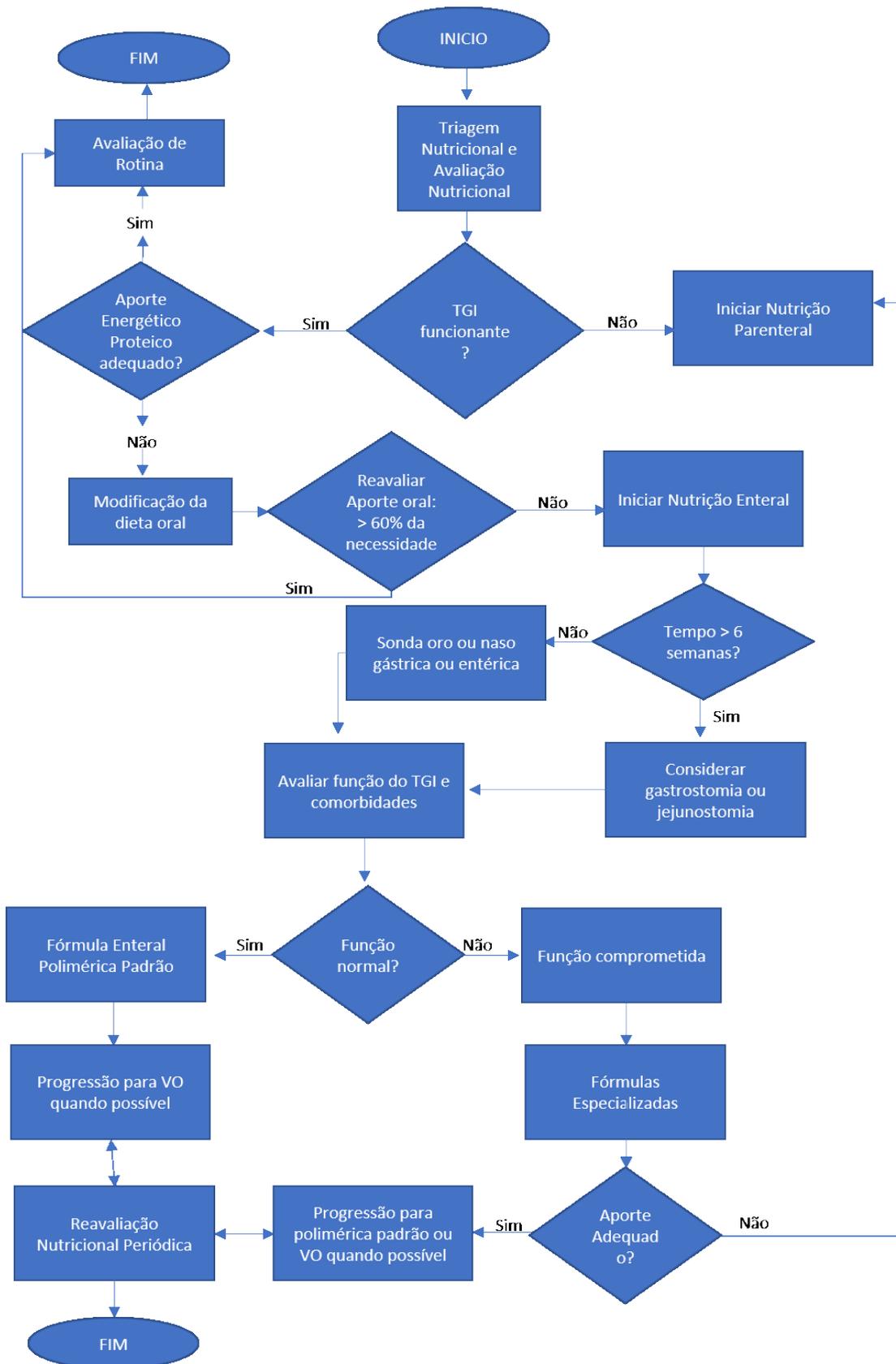
O planejamento dietético-nutricional dos pacientes internados, ou seja, a tomada de decisão sobre a via de administração de dieta (oral, enteral ou parenteral), o tipo de consistência de dieta oral (livre, branda, leve, pastosa, líquido-pastosa, líquida completa, líquida de prova) ou a formulação da 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.

98

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 março a maio de 2023.



Tabela 4. Número total de atendimento da equipe.

MÊS	N. TOTAL	MÉDIA/DIA
Março	4988 atendimentos	161 atendimentos
Abril	4669 atendimentos	156 atendimentos
Maió	4544 atendimentos	146 atendimentos

4.2.1 Dieta via oral

99

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.

Um mesmo alimento pode ter várias apresentações, conforme a consistência prescrita pelo nutricionista. A consistência é definida conforme o diagnóstico médico, a capacidade absorptiva do trato digestivo e a capacidade de deglutição.

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). 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).

Tabela 5. Tabela quantitativa de refeições servidas.

MÊS		Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	TOTAL
Mar	Paciente	4407	4060	4060	4358	4029	3872	28.908
	Acompanhante	754	0	2102	0	1266	0	
Abr	Paciente	4126	3780	3760	4085	3776	3962	27.674
	Acompanhante	802	0	2110	0	1273	0	
Mai	Paciente	3998	3605	3606	3900	3598	3800	26.484
	Acompanhante	727	0	1981	0	1269	0	

100

Figura 41. Dietas dos pacientes e suas consistências.





101

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
Março	17
Abril	15
Maiο	16

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.

103

Tabela 7. Tabela de Consumo dos espessantes para alimentos.

MÊS	Consumo de espessante para alimento
Março	2
Abril	7
Maió	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.



Tabela 8. Consumo das dietas enterais.

MÊS	N. total de dietas enterais prescritas
Março	674
Abril	699
Mai	624

Tabela 9. Consumo dos equipos de dieta enteral.

MÊS	N. total de equipos enteral dispensados
Março	654
Abril	677
Mai	606

Tabela 10. Consumo das sondas nasoentéricas (SNE).

105

MÊS	N. total de SNE dispensadas
Março	115
Abril	100
Mai	85

Tabela 11. Consumo dos fixadores de sondas.

MÊS	N. total de fixadores dispensados
Março	306
Abril	285
Mai	238



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).

106

Figura 45. Administração de dieta parenteral.



Tabela 12. Consumo das dietas parenterais.

MÊS	Formulação	N. total de dietas parenterais prescritas
Março	Formulação 1	38
	Formulação 2	24
Abril	Formulação 1	12
	Formulação 2	13
Maio	Formulação 1	0
	Formulação 2	0

Formulação 1: Acesso Central

Formulação 2: Acesso Periférico

Tabela 13. Consumo dos equipos fotosensível de dieta parenteral.

MÊS	N. total de equipos fotosensíveis dispensados
Março	62
Abril	25
Maio	0

107

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



108

Tabela 14. Consumo de fórmulas dispensadas (latas)

MÊS	N. total de fórmulas dispensadas (latas)	N. total de mamadeiras produzidas
Março	118	1517
Abril	132	1820
Maio	84	1367

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.

4.4 Resultados do indicador de taxa de efetividade do atendimento nutricional

109

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:



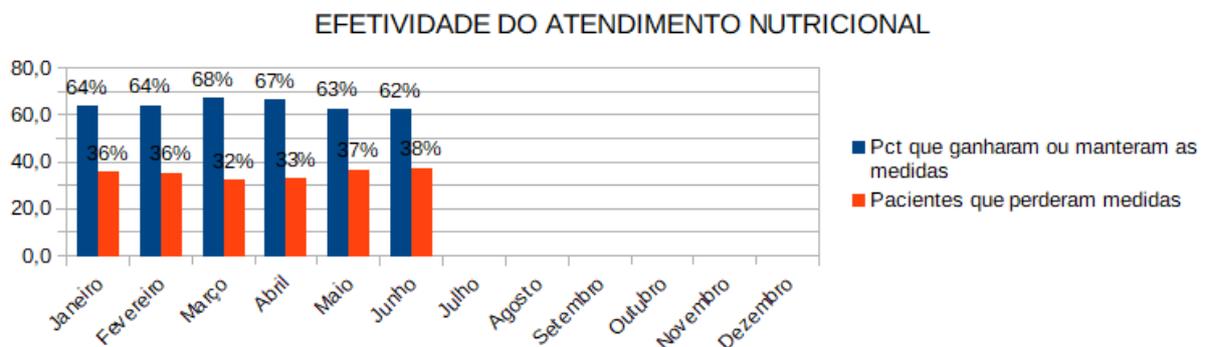
Quadro 10. Ficha técnica do indicador de taxa de efetividade da terapia nutricional.

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

110

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 19. Resultados da taxa de efetividade da terapia nutricional do período de março a maio/2023.



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;
- 9) Treinamento equipe.

111

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

de permanência e conseqüentemente aumento dos custos hospitalares, entre outras conseqüências.

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

Os investimentos em nutrição hospitalar proporcionam um melhor prognóstico do paciente internado, pois a adequada nutrição reduz tempo de internação, atenua a resposta inflamatória, reduz chance de infecção hospitalar e auxilia na manutenção da



pele, reduzindo as chances de lesão por pressão.

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

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

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

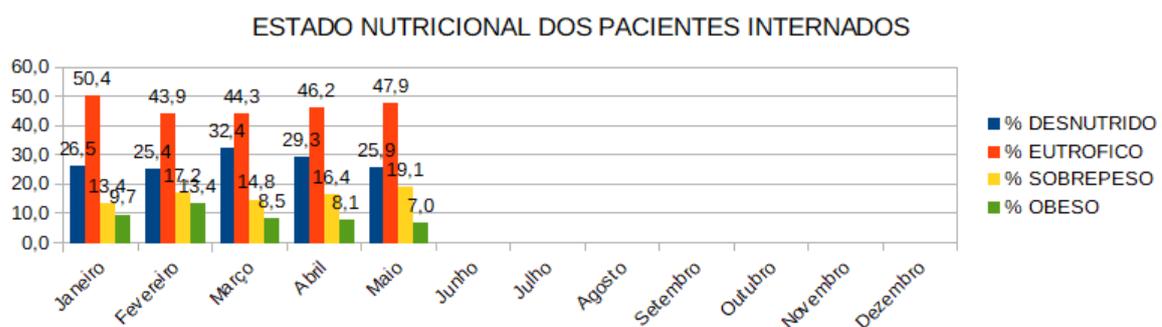
O conjunto de ações adotadas refletem os bons resultados do indicador de monitoramento, que se mantém dentro da meta estabelecida.

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.

112

Gráfico de acompanhamento do estado nutricional mensal:

Gráfico 20. Estado nutricional dos pacientes internados Março a Maio 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.

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.

114

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.

115

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.

