



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – CDEAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Elisa Lúcia de Oliveira Silva

PREPARO INADEQUADO EM EXAME DE COLONOSCOPIA DE PACIENTES
AMBULATORIAIS DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Rio de Janeiro
2018

Elisa Lúcia de Oliveira Silva

PREPARO INADEQUADO EM EXAME DE COLONOSCOPIA DE PACIENTES
AMBULATORIAIS DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Marcia Cristina Cid Araújo

Rio de Janeiro

2018

Elisa Lúcia de Oliveira Silva

PREPARO INADEQUADO EM EXAME DE COLONOSCOPIA DE PACIENTES
AMBULATORIAIS DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Dedico a minha família. A força deles e Deus me guiaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me guiou e me sustentou nos momentos de dificuldade, fazendo com que o momento de superação finalmente fosse alcançado.

À minha família que me deu suporte em todos os momentos, compreendendo a minha necessidade de dedicação aos estudos.

À minha tutora, Marcia Cid, que foi um verdadeiro anjo da guarda, uma inspiração que me enriqueceu intelectualmente e emocionalmente.

A Fiocruz e a Marinha do Brasil pela oportunidade de ampliar minha rede de conhecimentos pelo estudo a distância. Confesso que nunca me senti tão próxima dos meus colegas de curso e da minha tutora mesmo sendo estudo a distância.

À minha Organização Militar, Hospital Naval Marcilio Dias, especialmente a minha equipe da Clínica de Gastroenterologia e a Chefe do Departamento de Medicina Clínica, Capitão de Mar e Guerra Médica Denise que me apoiou durante todo este percurso, compreendendo minha dificuldade de administrar Chefia de Clínica, Curso na Fiocruz/Escola de Guerra Naval e família.

“O Senhor é meu pastor, nada me faltará...”.

SALMO 23 Bíblia Sagrada

RESUMO

A Colonoscopia é o principal exame de imagem endoscópico utilizado para rastreamento de Câncer Colorretal. O referido exame fornece diagnóstico, disponibiliza acessórios para procedimentos terapêuticos de lesões localizadas no reto, cólon e porção distal do íleo. O preparo inadequado afeta de forma negativa a acurácia do diagnóstico, as condições ideais para terapêutica, aumenta o tempo de exame envolvendo técnica dificultada pela presença de resíduos fecais, aumenta o risco de complicações para o paciente, aumenta o custo, gera impacto nos índices de remarcação de exames de Colonoscopia e aumento do tempo de aprazamento da Clínica de Gastroenterologia do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD). Foi observado que o preparo inadequado em exames de Colonoscopia dos pacientes ambulatoriais representava um percentual significativo de desmarcação de exames. O presente trabalho identificou esta situação problema e propõe intervenção através da implementação de um grupo de aconselhamento para pacientes que serão submetidos ao exame, com o objetivo de esclarecimento do público alvo. O esclarecimento da importância do preparo é de fundamental relevância no que diz respeito ao diagnóstico, redução das remarcações, redução dos riscos do procedimento. Uma vez selecionada a causa de cancelamento do exame que Clínica tem governabilidade de modificação serão apresentados à projeção dos indicadores, suas repercussões na administração naval e o resultado alcançado/esperado após implementação da ação descrita.

Palavras-chave: Colonoscopia, Preparo inadequado, Remarcação de Exames

SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASGE – American Society For Gastrointestinal Endoscopy

EAS - Elementos anormais e sedimentos

ENSP/FIOCRUX - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

FDA - Food and Drug Administration

FUSMA - Fundo de Saúde Naval

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

OM – Organização Militar

PEG - Polietilenoglicol

PPI – Programação pactuada Integrada

SOBED – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TAP – Tempo de Atividade de Protrombina

PTT - Tempo de Tromboplastina Parcial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS.....	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
1.1.2 Objetivos Específicos.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA	11
1.3 METODOLOGIA.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 COLONOSCOPIA.....	12
2.2 PREPARO DO PACIENTE ÁRA O EXAME	14
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	16
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	17
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	18
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	19
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXO A	22

1 INTRODUÇÃO

O trabalho, em questão, é a conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUX) vinculado a Escola de Guerra Naval (EGN), modalidade ensino à distância. A estrutura está organizada em introdução, abordando o problema de forma clara e objetiva, os objetivos com suas delimitações e aspectos para análise, justificativa destacando a importância do tema abordado, definições para melhor elucidação e compreensão do tema e apresentação da forma como o trabalho foi estruturado.

Está em organização na Clínica de Gastroenterologia do HNMD, unidade de assistência de nível de atenção terciária do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), um grupo de aconselhamento para pacientes ambulatoriais que serão submetidos ao exame de Colonoscopia com o objetivo de reduzir os cancelamentos de exame devido a preparo inadequado, ação esta, fruto do processo de reflexão e aprendizagem durante o curso. O aconselhamento tem como público alvo os pacientes que estão agendados para colonoscopia a cada quinze dias.

O referido exame é o principal método de rastreamento de Câncer Colorretal, que gera impacto direto na redução da incidência e mortalidade. Nos Estados Unidos da América e Europa, trata-se do método mais indicado para rastreamento deste tipo de tumor. Para um exame eficaz, além das habilidades técnicas e cognitivas do médico que realizará o procedimento, cuidados e orientações pré, per e pós-procedimento são necessários.

A Clínica de Gastroenterologia do HNMD segue as diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) que possui os mesmos alicerces de conteúdo teórico dos protocolos americanos e europeus. Na rotina do paciente que vai marcar um exame de Colonoscopia é necessário: o pedido médico com a indicação, exames pré-operatórios, risco cirúrgico e visita pré-anestésica virtude o exame ser realizado em centro cirúrgico sob anestesia geral venosa sem intubação.

O impacto do preparo inadequado neste exame abrange redução de acurácia para detecção de lesões precoces que é o principal objetivo para exames de rastreamento, aumento do tempo de exame, aumento do número de complicações inerentes ao próprio exame e pela anestesia que está sendo utilizada, aumento dos cancelamentos com consequente aumento no apazamento e custo.

Este projeto não é inédito nos demais sistemas de saúde, mas é uma opção eficiente para esclarecimento dos pacientes envolvidos, visto que esta Clínica não comporta a realização individual de consultas pré-exame. O perfil de pacientes atendidos em nossa unidade terciária é

de pacientes idosos e com múltiplas comorbidades. A literatura aponta como sendo estes os pacientes que apresentam maior proporção de preparo inadequado ao exame. O trabalho tem como meta reduzir os cancelamentos decorrentes de condições ruins de preparo do cólon, através das informações fornecidas neste aconselhamento.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Implantar ações que contribuam para a redução dos cancelamentos de exames devido à má condição de preparo de cólon.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Minimizar o desconhecimento do usuário com informações sobre o preparo para o exame de Colonoscopia.
- Aumentar a acurácia para detecção de lesões precoces.
- Reduzir o tempo de exame evitando complicações dos procedimentos endoscópicos e anestésicos.
- Reduzir a insatisfação do usuário.
- Reduzir o cancelamento de exames e consequentemente melhorar os apazamentos e reduzir custos.

1.2 JUSTIFICATIVA

As consequências médicas da não resolução deste problema são: baixo índice de detecção de lesões precoces pela dificuldade de estudo de mucosa e vascularização pelo preparo inadequado, exposição de pacientes a anestesia geral sem que o exame cumpra seu papel preventivo, diagnóstico e terapêutico na sua plenitude, aumento do tempo de exame, maior número de complicações decorrentes de visibilidade prejudicada, maior dificuldade de realização de procedimentos, maior dificuldade em progredir o aparelho pelos obstáculos causados pelos resíduos fecais.

As consequências referentes à administração naval: insatisfação do usuário por não conseguir fazer o exame em condições ideais, sendo, às vezes, necessária a remarcação dependendo da indicação do exame, aumento de aprazamento em virtude de maior necessidade de reagendamentos.

1.3 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma pesquisa de intervenção desenvolvida por meio de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo produto é um projeto de intervenção. A pesquisa de intervenção explica os problemas e propõe soluções com o objetivo de resolvê-los efetivamente. Foi utilizada a gestão baseada em evidências como uma ferramenta para a gestão eficiente em saúde através de metodologias de pesquisa científica aplicadas à gestão em saúde.

Para a identificação do problema foi realizada uma pesquisa interna entre os profissionais de saúde da Clínica de Colonoscopia do HNMD e foi feito levantamento estatísticos sobre os motivos do cancelamento dos exames para elucidar a situação problema e estabelecer seus descritores chegando no problema prioritário e suas possíveis causas. A partir das possíveis causas, foram selecionadas as causas críticas, ou seja, as causas onde a autora tivesse governabilidade, que permitisse ação gerencial e reduzisse ou eliminasse o problema.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos, revistas e publicações sobre o tema para ser usada como referencial teórico e coleta de dados para a identificação dos descritores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COLONOSCOPIA

Segundo a American Society For Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) a Colonoscopia é o método de imagem padrão ouro para estudo da mucosa do cólon inteiro. Artigos de revisão de ampla escala têm mostrado frequência de exames de colonoscopia incompletos, definidos como a inabilidade de intubação do ceco e visualização da mucosa eficientemente. A acurácia do diagnóstico e a segurança terapêutica dependem, em parte, da qualidade de limpeza ou preparo do colon. Preparos de cólon inadequados podem resultar em falência na detecção de lesões neoplásicas prevalentes que estão associadas a um aumentado risco de eventos adversos do procedimento.

Sidhu et al(2014) realizaram um estudo de todas as colonoscopias realizadas entre abril de 2005 e 2010 na Universidade Royal de Liverpool, das 8910 colonoscopias realizadas, 693 foram incompletas (7.8%; 58% mulheres de média de idade de 61 anos), e o preparo inadequado do cólon foi a razão mais comum para a colonoscopia incompleta, contabilizando um percentual próximo a 25% . Numerosas investigações foram designadas para identificar preditores de preparo de cólon inadequado em exames de colonoscopia e os pacientes com as seguintes características foram selecionados: pacientes com preparo prévio inadequado, pacientes estrangeiros com dificuldade no entendimento da língua, Plano de saúde, pacientes solteiros e sem família, pacientes que fazem uso de múltiplas medicações (especialmente medicações constipantes como os opióides), obesidade, idade avançada, sexo masculino, comorbidades tais como diabetes mellitus, Acidente Vascular Cerebral, demência, Doença de Parkinson. A pobre adesão às instruções de preparo, horários errados de medicação purgativa têm sido também associado ao preparo de cólon inadequado. É importante para os médicos compreenderem os numerosos fatores modificáveis relacionados à falha na realização de um exame completo de colonoscopia (Gastrointest Endosc 2014;80:543–562).

É necessário observar as indicações e contra indicações para realização do exame de colonoscopia. Indicações: Hemorragia Digestiva (hematoquezia, sangramento gastrointestinal oculto, anemia ferropriva), Rastreamento, acompanhamento e vigilância de neoplasia colônica, Doença Inflamatória Intestinal, Diarreia de etiologia desconhecida, Colonoscopia Intraoperatória como método auxiliar. Contra Indicações Absolutas: Recusa do paciente, Perfuração, Diverticulite aguda grave, Colite fulminante. Contra Indicações Relativas: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) recente, Embolia pulmonar, Coagulopatias, Esplenomegalia, Neutropenia grave, Gravidez (segundo/terceiro trimestre), Aneurisma aórtico ou ilíaco (Averbach et al. 2013).

Averbach et al. (2013) destaca que o equipamento, independente da sua fabricação podem ser divididos em três partes: o tubo de inserção, cabeça de controles e cabo que se conecta a unidade de alimentação. A parte mais distal do tubo é particularmente flexível, e pode dobrar-se nas quatro direções (para cima, para baixo, lateral esquerdo, lateral direito). O tubo de inserção reveste estruturas internas constituído pelo canal de biópsia, pelos cabos de aço para movimentação, pelos canais de água, pelo cabo de luz e pelo feixe de fibra ótica, os equipamentos mais modernos de led. O diâmetro do tubo é de 12.8 mm e o comprimento varia de 130 a 180 cm.

Os cuidados e descrições dos equipamentos de endoscopia e seus acessórios, assim como, o espaço físico adequado e legislação de um setor de endoscopia são descritos com detalhes no ANEXO A.

Ainda o mesmo autor descreve que os canais de biópsia também permitem a passagem de acessórios que permitem a realização de terapêutica como polipectomias e dilatações. Há disponíveis novas tecnologias de alta resolução, ampliação e magnificação que produzem imagens de alta resolução (maior que 400.000 pixels), reproduzem o real com nitidez, contraste, definição e qualidade de cor. A magnificação permite aumentos de imagens 40 a 200 vezes, sendo que a ultramagnificação aumenta a imagem em mais de 1000 vezes e proporciona a obtenção de imagens “in vivo” equivalentes as observadas na microscopia de luz de baixo aumento. Ainda há recursos de cromoendoscopia que são corantes específicos que realçam a mucosa e suas anormalidades e a cromoendoscopia, que não está disponível em qualquer tipo de equipamento em que feixes de luz são utilizados para realce da mucosa e anormalidades durante o exame.

Consentimento informado, conforme Averbach et al., consiste numa “decisão voluntária” por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico, sabendo da natureza dos mesmos, suas consequências e dos seus riscos”. O dever de informar constitui uma etapa para se obter o consentimento informado, que vem a ser a aceitação do procedimento proposto pelo médico, ao paciente, após o devido processo de informação, comumente denominado de processo de consentimento informado.

2.2 PREPARO DO PACIENTE PARA O EXAME

Em 2013 Averbach et al descreveram que o preparo ideal para colonoscopia deveria proporcionar um esvaziamento completo do cólon de todo material fecal de maneira rápida, sem causar alterações histológicas na mucosa colônica, permitindo uma rápida e eficaz avaliação. O preparo não deve causar desconforto ao paciente deve ser concomitante a reposição de fluidos e eletrólitos. A preparação deve ser segura, conveniente, tolerável e de baixo custo. Infelizmente nenhuma das preparações disponíveis possui todas estas características. O cólon mal preparado torna o exame tecnicamente difícil, prejudica a acurácia diagnóstica, implica em maiores complicações nos procedimentos terapêuticos, como polipectomias e dilatações.

Sakai et al.(2007), em relação a limpeza mecânica do cólon existem duas opções básicas: medidas que visam limpar o cólon de sua porção proximal para distal, aproveitando o sentido natural do trânsito, ou o preparo anterógrado (ingerir o preparo por via oral), ou recursos que obtém a eliminação do conteúdo intestinal através de lavagens pelo reto, ou preparo anterógrado. Sempre que possível, o preparo anterógrado deve ser o escolhido, pois resulta em

melhores condições para o exame, praticidade e maior conforto ao paciente. Suboclusão ou oclusão intestinal são contra indicações deste preparo, bem como as ileostomias provisórias. A hemorragia digestiva baixa ativa e as doenças inflamatórias intestinais em franca atividade requerem cuidados especiais. Assim, há que se individualizar o preparo do cólon para a condição clínica apresentada.

Sakai et al. (2007) em busca de resultados mais efetivos, seguros sobretudo práticos e viáveis, o preparo anterógrado, com soluções osmóticas foi amplamente estudado e testado, tornando-se a primeira escolha. Nesta classe encontram-se o manitol e o polietilenoglicol (PEG). Em 1980, Danes et al. formularam o PEG, solução eletrolítica osmótica balanceada. O PEG logo se tornou a primeira escolha para preparo de cólon, nos EUA. No entanto, demonstrou baixa tolerância pelos pacientes devido a seu sabor salgado, cheiro de sulfato e grande volume de líquido a ser ingerido. Isso estimulou o desenvolvimento de soluções modificadas e até a associação com outras medicações como citrato de magnésio. O PEG é solução eletrolítica não absorvível e isoosmótica. Ocasiona a limpeza do cólon sem provocar alterações hidroeletrólíticas significantes. No entanto, grandes volumes são necessários para que haja o efeito catártico satisfatório. O manitol é um carboidrato não absorvível classificado como laxante osmótico, bem tolerado quando misturado com o suco coado de frutas cítricas, especialmente o limão, para equilibrar o seu sabor adocicado. O preparo de cólon com a solução manitol se inicia pela dieta sem fibras e sem resíduos, estimulando-se a ingestão de líquidos em abundância, na véspera do exame evitando-se leite e líquidos com corantes escuros, como suco de uva, morando e refrigerantes de cola, por exemplo.

O preparo que é protocolo no HNMD começa na antevéspera do exame, na maioria das vezes no domicílio do paciente, com uma dieta sem resíduos e estímulo de ingestão hídrica abundante, 2 a 3 litros por dia. Na véspera do exame o paciente mantém a mesma dieta e a partir das 16 horas inicia-se o preparo medicamentoso com a ingestão de 4 comprimidos via oral de bisacodil. Às 21 horas o paciente toma via oral 1 comprimido de metoclopramida para evitar náuseas e vômitos, com conseqüente comprometimento do preparo. Entre 22:30 e 23:30 é administrado o laxante lactulose, 200 ml diluídos em 800 ml de água, sendo um total de 1000 ml. Outra opção de preparo utilizada é o manitol 20% 3 frascos (750 ml no total), diluídos em 750 ml de suco de fruta coado (preferencialmente limão para atenuar o sabor adocicado do manitol). Os exames são realizados em centro cirúrgico sob anestesia geral, sem intubação, sedação inconsciente, no período da manhã.

Existem recomendações gerais que devem ser observadas a qualquer paciente que será submetido à colonoscopia.

Pacientes constipados crônicos, especialmente os consumidores habituais de laxantes, portadores de dolicocólon ou megacólon, requerem dieta e ingestão abundante de líquidos por um período de até três dias, seguido por dose dupla de preparação, isto é solução anterógrada na antevéspera e repeti-la na véspera do exame.

Por outro lado, nos casos de diarreia, suspende-se qualquer laxante na véspera, mantendo-se meia dose da solução anterógrada, apenas para a remoção do muco e/ou resíduos. Crianças com diarreia, por vezes são preparadas apenas com dieta líquida, especialmente as mais novas.

Agentes constipantes, como a loperamida ou codeína, devem ser suspensas doze a trinta e seis horas antes do exame. Pacientes em uso de ácido acetil salicílico, com histórico de hemorragia, podem manter a medicação. Medicamentos orais contendo sulfato ferroso devem ser suspensos quatro a cinco dias antes do exame. Antiagregantes plaquetários com ticlopidina e clopidogrel devem ser suspensos, no mínimo, sete dias antes do exame. Pacientes em uso de anticoagulantes e alto risco de tromboembolismo devem ser enviados para avaliação especializada antes do exame. Insulina não deve ser utilizada no período de jejum antes da colonoscopia. Hipoglicemiantes orais devem ser suspensos quarenta e oito horas antes do exame.

São vários os medicamentos usados durante o exame. Em alguns países como na Alemanha e Escandinávia a colonoscopia é realizada com sedação. Em outros como no Reino Unido é realizado com sedação consciente e, em países como o Brasil e EUA, cada vez mais se realiza o exame com sedação inconsciente com o uso do propofol. Demais medicamentos utilizados são opióides e hipnóticos. A hioscina é utilizada por alguns endoscopistas com o objetivo de reduzir os espasmos, aumentar a distensão e permitir a melhor visibilização da mucosa colônica. Como inconveniente, pode estar associado ao comprimento do cólon e formação de alças.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Clínica de Gastroenterologia do HNMD, Terceiro andar, localizado na Rua Cezar Zama 125, Lins de Vasconcelos. A Clínica comporta ambulatórios (Geral, Fígado, Doenças Inflamatórias Intestinais, Pâncreas e Vias Biliares, Pacientes Oncológicos em Suporte Clínico), enfermaria, Endoscopia Diagnóstica e Terapêutica, Endoscopia Avançada, Sobreaviso 24 horas, Consultor Técnico para toda a Unidade da Federação, Pareceres periciais referentes à especialidade. O HNMD é subordinado a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM). São realizados

atendimentos, exames e procedimentos de pacientes ambulatoriais e internados. A maior parte dos pacientes submetidos ao exame de Colonoscopia é ambulatorial.

Há uma forte assimetria entre profissionais de saúde e usuários de seus serviços. Isto está na base do fenômeno da indução da demanda pela oferta, que resulta na utilização de todo o recurso financeiro disponível. A escassez de recursos destinados à saúde em nosso país é agravada pelo crescimento do custo que são gerados pela inflação dos preços gerais; pela inflação médica (que é o percentual acima da inflação dos preços gerais); pelo envelhecimento da população; e especialmente, pelo volume e intensidade dos procedimentos clínicos. Ressaltando que, destes quatro fatores elencados, apenas o último é passível de algum controle gerencial. O SSM está inserido neste panorama de dificuldades voltados para saúde.

A desinformação do usuário sobre a importância do preparo para o exame de Colonoscopia gerou um percentual considerável de cancelamentos. A nossa ação está focalizada em levar este conhecimento ao usuário deixando-o mais seguro e preparado para o exame. Em contrapartida, obtemos uma maior satisfação do paciente, redução de cancelamentos, redução de reagendamentos, redução de apazamento e em última análise uma redução de custos.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A Clínica de Gastroenterologia do HNMD realiza exames de Colonoscopia e como organização de saúde possui suas singularidades. Há um reconhecimento contemporâneo de que gestão dos sistemas de serviços de saúde é a mais complexa entre todos os sistemas sociais e esta clínica representa apenas uma pequena fração da Organização Militar (OM), de atenção terciária à saúde, HNMD. O HNMD acompanha o seu usuário por toda a vida, do nascimento à morte, sendo a saúde um bem inalienável, mas sujeito a riscos previsíveis. A prestação desses serviços abriga uma importante dimensão ética e moral.

A situação atual é que o preparo inadequado de colonoscopia de pacientes ambulatoriais do HNMD gera uma demanda de cancelamento de exames, aumentando o reagendamento e apazamento.

Em uma análise estatística recente, sobre motivo de cancelamento de colonoscopia, referentes aos meses de junho, julho e agosto de 2018, foi observado que 27.2 %, 22.7% e 24.1% respectivamente foram decorrentes de preparo inadequado do cólon. Clínica de Gastroenterologia possui uma grande demanda de exames, de todos os usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Os descritores são: 25% dos exames são remarcados devido ao preparo ineficaz e destes quase a metade (50%) geram queixas de insatisfação na ouvidoria, pois a remarcação do exame é em torno de 6 meses, sendo necessário refazer os exames pré operatório.

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Em uma análise estatística recente, de motivo de cancelamento de colonoscopia, referentes aos meses de junho, julho e agosto de 2018, foi observado que 27.2 %, 22.7% e 24.1% respectivamente foram decorrentes de preparo inadequado do cólon. A Clínica de Gastroenterologia possui uma grande demanda de exames, pois o HNMD é a rota final para atendimento terciário no Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Há uma forte assimetria entre profissionais de saúde e usuários de seus serviços. Isto está na base do fenômeno da indução da demanda pela oferta, que resulta na utilização de todo o recurso financeiro disponível. A escassez de recursos destinados à saúde em nosso país é agravada pelo crescimento do custo que são gerados pela inflação dos preços gerais; pela inflação médica (que é o percentual acima da inflação dos preços gerais); pelo envelhecimento da população; e especialmente, pelo volume e intensidade dos procedimentos clínicos. Ressaltando que, destes quatro fatores elencados, apenas o último é passível de algum controle gerencial. O SSM está inserido neste panorama de dificuldades voltados para saúde.

Como causas do problema foram identificados que a Clínica de Gastroenterologia não comporta a realização de consultas pré colonoscopia para a otimização e individualização dos preparos. As explicações referentes ao risco de complicações anestésicas são realizadas na avaliação pré anestésica, com consentimento informado próprio.

Em contrapartida, existe uma demanda crescente de pacientes que possuem direito ao Fundo de Saúde Naval (FUSMA), na Sede e Fora de Sede com solicitações de exame de Colonoscopia. A linha final de atendimento destes pacientes é no HNMD, gerando uma demanda crescente.

Há um desconhecimento dos pacientes da importância do preparo do cólon associado muitas vezes à baixa escolaridade dos próprios usuários e acompanhantes, excesso de solicitações de exames feitas por não especialistas que geram indicações de exame fora de protocolo da SOBED.

Dentre as causas da situação problema foi escolhida como causa crítica a desinformação dos pacientes referente à importância do preparo para a realização completa e eficaz do exame cumprindo suas propostas diagnósticas e terapêuticas.

Este problema foi priorizado porque foi observada governabilidade sobre a causa crítica, ou seja, que é a desinformação do usuário da necessidade de um cólon bem preparado, estando na esfera hierárquica da Clínica a possibilidade de modificação no fornecimento de informações referentes ao preparo a ser realizado. Quando a informação da importância do preparo chegar ao usuário/paciente, o esperado é redução dos cancelamentos, redução dos reagendamentos e redução do apazamento. A atuação eficiente na informação ao usuário será capaz de modificar o percentual de cancelamentos de exames.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

O projeto tem a programação de Grupos de Aconselhamento para pacientes, ampliado para seus acompanhantes, que serão submetidos à Colonoscopia. Os encontros ocorrerão a cada 15 dias, a divulgação das datas, locais dentro do HNMD (auditórios ou salas) e horários estarão disponíveis no quadro de avisos na Secretaria da Clínica, nas Salas de Ambulatório. O planejamento inclui um calendário semestral e divulgação na página da internet do HNMD. A meta é a redução de pelo menos 5% dos cancelamentos de exames decorrentes de preparo inadequado. Os palestrantes escalados serão os profissionais médicos que integram a escala de realização do exame. Os pacientes selecionados serão aqueles que farão exame no mês vigente. Os resultados serão acompanhados pelo percentual de exames cancelados e pelo percentual de queixas da ouvidoria referentes a este tema.

MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES:

Problema a ser enfrentado: Preparo inadequado para o Exame de Colonoscopia de pacientes ambulatoriais do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

Causa Crítica: Desconhecimento dos pacientes submetidos ao exame de Colonoscopia da necessidade de um preparo de cólon adequado.

Descritor: Em torno de 20 % dos exames de Colonoscopia são desmarcados por preparo inadequado.

Indicador: Percentual de exames de Colonoscopia desmarcados por preparo inadequado.

Meta: Diminuição de 20% para 15% de exames desmarcados por preparo inadequado.

Resultados: Diminuição do percentual de exames desmarcados por preparo inadequado de cólon da Clínica de Gastroenterologia do HNMD.

Preparo inadequado para o Exame de Colonoscopia de pacientes ambulatoriais do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

Ações	Recursos	Produtos a serem alcançados	Prazos	Responsável
Organização de um grupo de aconselhamento pré exame a cada 15 dias com os pacientes agendados para o mês vigente	Humanos	Diminuição do percentual de exames desmarcados por preparo inadequado, gerando redução de reagendamentos, redução de aprazamento e custos	30/11/2018	Elisa Oliveira
Elaborar Cronograma trimestral com datas	Humanos	Programação e Organização	30/11/2018	Elisa Oliveira
Elaborar Escala dos palestrantes que serão os profissionais que realizam o exame	Humanos	Informação qualificada	30/11/2018	Elisa Oliveira
Divulgação das datas dos eventos nos quadros de aviso da Clínica e pela página do HNMD na internet	Humanos	Atingir um maior número de usuários	30/11/2018	Elisa Oliveira

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A avaliação do projeto será realizada pelo acompanhamento dos indicadores de exames cancelados pelo preparo inadequado e pelo percentual de queixas de insatisfação de ouvidoria referentes ao exame. Espera-se redução percentual do aprazamento considerando que em torno de 25% dos exames são cancelados por este motivo.

Os recursos que serão utilizados: divulgação nos quadros de aviso da Secretaria da Clínica e Ambulatórios de calendários com a programação das palestras contendo um resumo do conteúdo, assim como o horário, o local no próprio HNMD (sala ou auditório) reservado quinzenalmente com recursos áudio visuais e discussões abrindo para perguntas para o usuário se

familiarizar com o ambiente e poder usufruir de informações precisas para sua segurança, para que de fato esteja pronto para ser submetido ao exame. Os palestrantes escalados serão profissionais médicos que concorrem a escala de realização do exame. Outra forma de divulgação, que está em andamento, é postar o calendário do Grupo de Aconselhamento na página da internet do HNMD.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos de ciência baseada em evidências e de um acesso desproporcional de informações ao público de todos os níveis, há sempre uma busca de melhores condições de trabalho e atendimento ao usuário. Buscar qualidade com uma ampla limitação de recursos é um desafio diário para o profissional de saúde contemporâneo. Há uma grande dimensão de aparato tecnológico e uma supervalorização destes avanços da modernidade, mas a gestão torna-se uma peça chave para o aproveitamento da tecnologia e do ser humano em uma harmonia necessária. A gestão organiza os pensamentos e permite a extração do que há de melhor em cada situação. Em um mundo cheio de protocolos a gestão nos mostra outro caminho de administrar de forma mais responsável os recursos.

Em uma análise crítica inicial realizada pelo Staff (Médico/Enfermagem) da Clínica sobre o tema preparo em exames de Colonoscopia, a impressão era de que o preparo era permissivo, referente à dieta e medicamentos. Ressaltando que são seguidos os Protocolos da SOBED e ASGE. Com o olhar apurado, voltado para a gestão e na busca de problemas cujas soluções estão ao alcance abriu uma infinidade de opções fundadas, muitas vezes, em mudanças de hábitos simples. O aprendizado de quantificar o problema e traçar medidas de intervenção foi um divisor de águas na linha de pensamento. Estabelecer metas e conseguir estatisticamente comprovar a eficácia ou não da ação implementada. O movimento de mudança, muitas vezes, traduz-se em obstáculos criados por uma lei de menor esforço que impregnou os sistemas de saúde. Dentro de cada realidade particular de cada setor há enfrentamentos diários em busca de uma melhor qualidade de assistência. Foi muito gratificante descobrir que ações simples podem realmente gerar mudanças estatisticamente significativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AVERBACH, Marcelo e Col. Atlas de Endoscopia Digestiva da SOBED. , 1ª ed., 2011.

SLEISENGER AND FORDTRAN'S. Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set, 10th Edition.

SAKAI, Paulo e Col. Tratado de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica: Intestino Delgado, Cólon e Reto – Volume 4, 2007

Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: Recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer
Gastrointest Endosc 2014;80:543–562 / DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.08.002>

Bowel preparation before colonoscopy
Gastrointest Endosc 2015;81:781-794 / DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.048>

Document link: Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: Recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer
Gastrointest Endosc 2014;80:543–562 / DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.08.002>

EDDY, David Clinical decision making: from theory to practice. Practice policies: what are they?

MENDES, E.V.; SHIMAZAKI, M.E., organizadores. Guia de estudo do curso “A gestão da clínica nos sistemas de serviços de saúde”. Secretaria Municipal de Saúde: Curitiba, 2004.

ANEXOS

ANEXO A. RESOLUÇÃO-RDC Nº 6, DE 10- DE MARÇO DE 2013

Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária RESOLUÇÃO-RDC Nº 6, DE 10- DE MARÇO DE 2013 Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 21 de fevereiro de 2013, CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS Seção I Objetivo Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo estabelecer os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Seção II Abrangência Art. 2º Esta Resolução aplica-se a todos os serviços de saúde públicos e privados, civis e militares que realizam procedimentos endoscópicos, diagnósticos e intervencionistas, com utilização de equipamentos rígidos ou flexíveis, com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Seção III Definições Art. 3º Para efeito deste Resolução são adotadas as seguintes definições: I - acessório crítico ou produto para a saúde crítico: produto para a saúde utilizado em procedimento invasivo com penetração de pele, mucosas, espaços ou cavidades estéreis, tecidos subepiteliais e sistema vascular; II - data limite

de uso do produto esterilizado: prazo estabelecido pelo serviço de endoscopia ou pelo serviço responsável pela esterilização dos produtos, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência destas, nos eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), na segurança da selagem e na rotatividade do estoque armazenado; III - evento adverso: agravo à saúde ocasionado a um paciente ou usuário em decorrência do uso de um produto submetido ao regime de vigilância sanitária, tendo a sua utilização sido realizada nas condições e parâmetros prescritos pelo fabricante; IV - intercorrência: é a ocorrência de um evento inesperado em um procedimento médico, que não poderia ser em geral previsto ou alertado ao paciente; V - limpeza: remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, com redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando-se água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização; VI- produtos para saúde semicríticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas; VII- produtos para saúde não críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente; VIII - pré-limpeza: remoção da sujidade presente nos produtos para saúde utilizando-se, no mínimo, água e ação mecânica; IX - produto para saúde de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmen inferior a cinco milímetros com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas; X - rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico, a aplicação ou a localização de um item por meio de informações previamente registradas; XI - responsável técnico - RT: profissional de nível superior legalmente habilitado que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde; XII - sedação consciente: nível de consciência obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao comando verbal ou responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil; XIII - sedação profunda: depressão da consciência induzida por medicamentos, na qual o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos; XIV - serviço de endoscopia autônomo: serviço de endoscopia com CNPJ e alvará sanitário próprios, funcionando física e funcionalmente de forma independente, podendo estar inserido em outro estabelecimento de saúde; XV - serviço de endoscopia não autônomo: unidade funcional pertencente a um estabelecimento de saúde; e XVI - serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais: serviços que realizam procedimentos endoscópicos, diagnósticos e intervencionistas, com utilização de equipamentos rígidos ou flexíveis, com via de acesso ao organismo utilizando a cavidade oral, nasal, o conduto auditivo externo, o ânus, a vagina e a uretra.

CAPÍTULO II DAS BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO Seção I
Condições Organizacionais Art.4º Para cumprimento desta Resolução os serviços de endoscopia passam a ser classificados da seguinte forma: I- serviço de endoscopia tipo I: é aquele que realiza procedimentos endoscópicos sem sedação, com ou sem anestesia tópica; II- serviço de endoscopia tipo II: é aquele que, além dos procedimentos descritos no inciso I do Art. 4º, realiza ainda procedimentos endoscópicos sob sedação consciente, com medicação passível de reversão com uso de antagonistas; III- serviço de endoscopia tipo III: serviço de endoscopia que, além dos procedimentos descritos nos incisos I e II do Art. 4º, realiza procedimentos endoscópicos sob qualquer tipo de sedação ou anestesia. Parágrafo único. Quando não especificada a classificação, as determinações desta Resolução aplicam-se aos três tipos de serviços de endoscopia. Art. 5º As atividades realizadas nos serviços de endoscopia autônomos e não autônomos devem estar sob responsabilidade de um profissional legalmente habilitado. Art. 6º Todo serviço de endoscopia deve possuir: I - registro diário dos procedimentos endoscópicos realizados, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, procedimento realizado, nome do profissional que executou o procedimento e identificação do equipamento; II - registro de

intercorrências e eventos adversos, contendo data e horário do exame, nome do paciente, data de nascimento, sexo, identificação do equipamento, procedimento realizado, profissional que executou o procedimento e tipo de intercorrência ou evento adverso, além das medidas de suporte prestadas ao paciente; III - registro de controle das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (entorpecentes e psicotrópicos) utilizados durante o procedimento endoscópico; de acordo com as normas específicas vigentes; e IV - registro de acidentes ocupacionais.

Parágrafo único. As exigências determinadas nos incisos I e II podem ser anotadas diretamente no prontuário para unidades tipo I. Art. 7º Os registros de que trata esta Resolução devem ser arquivados de forma a permitir a sua rastreabilidade, na ausência de legislação específica, o prazo de guarda mínimo é de cinco anos, para efeitos de inspeção sanitária. Art. 8º Os requisitos para aquisição, guarda e controle dos medicamentos sujeitos a controle especial devem seguir normas específicas vigentes. Art. 9º Deve estar disponível no serviço de endoscopia a documentação relativa às características técnicas, especificações de desempenho, instruções de operação e manutenção dos equipamentos e seus acessórios. Art. 10. Em situações emergenciais, o serviço de endoscopia deve estar preparado para garantir a estabilização do paciente até que seja possível a sua remoção em condições de segurança ou a sua liberação para o domicílio.

Parágrafo único. Em situações que impliquem risco de vida, a transferência do paciente para um serviço de saúde de atendimento a urgências deve ser feita obrigatoriamente com o acompanhamento de um profissional legalmente habilitado. Art. 11. O serviço de endoscopia deve prestar esclarecimentos a seus pacientes, de forma verbal e escrita, sobre os procedimentos propostos, expondo objetivos, evolução esperada, riscos e complicações mais frequentes. Art. 12. O paciente submetido à endoscopia, nos serviços tipo II e III, sob qualquer tipo de sedação ou anestesia não tópica, só pode ser liberado na presença de um acompanhante adulto. Art. 13. O serviço de endoscopia deve exigir que o paciente com idade inferior a dezoito anos e não emancipado ou que tenha sido considerado legalmente incapaz esteja acompanhado pelo responsável legal.

Seção II Recursos Humanos Art. 14. O serviço de endoscopia deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, em conformidade com as atividades desenvolvidas. Art. 15. As capacitações devem contemplar conteúdos relacionados aos seguintes temas: I - prevenção e controle de infecção em serviços de saúde; II - uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI); III - higienização das mãos; IV - processo de limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, transporte, funcionamento e manuseio dos equipamentos e acessórios; V - monitoramento da eficácia dos saneantes; VI - gerenciamento de resíduos; e VII - atendimento de emergência. Art. 16. Para a realização de qualquer procedimento endoscópico, que envolva sedação profunda ou anestesia não tópica são necessários: I - um profissional legalmente habilitado para a realização do procedimento endoscópico; e II - um profissional legalmente habilitado para promover a sedação profunda ou anestesia, e monitorar o paciente durante todo o procedimento até que o paciente reúna condições para ser transferido para a sala de recuperação. Seção III Atribuições do Responsável Técnico Art. 17. Compete ao Responsável Técnico do serviço de endoscopia: I - garantir a implementação das normas vigentes ao funcionamento do serviço de endoscopia; II - prever e prover recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento do serviço de endoscopia; e III - garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas e divulgadas aos envolvidos nas atividades de procedimentos diagnósticos e intervencionistas em endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Seção IV Infraestrutura Física/ Recursos Materiais Art. 18. O serviço de endoscopia deve possuir, no mínimo, os seguintes ambientes: I - sala de recepção de pacientes; II - sala de consulta/procedimento; III - sala para recuperação, exceto para serviços de endoscopia tipo I; e IV - sala para processamento de equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde, exceto para serviços de endoscopia tipo I. Parágrafo único. Caso o serviço de endoscopia utilize no processamento produtos químicos para desinfecção de alto nível, independente da classificação

do tipo de serviço, a limpeza e desinfecção devem ser realizadas obrigatoriamente na sala de processamento. Art. 19. As dimensões das salas descritas nos incisos de I a IV devem ser compatíveis com o número de pacientes atendidos e com o tipo de procedimento realizado no local, preservando o fluxo de trabalho, o espaço reservado para circulação e a área ocupada para equipamentos e mobiliários. Art. 20. O serviço de endoscopia tipo II deve possuir, no mínimo, os seguintes itens: I - termômetro; II - esfigmomanômetro; III - estetoscópio; IV - oxímetro de pulso com alarme; V - oxigênio a 100% (cem por cento); VI - aspirador; VII - suporte para fluido endovenoso; e VIII - carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo: a) ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara; b) cânulas naso e orofaríngeas; c) laringoscópio com lâminas; d) tubos endotraqueais; e) sondas para aspiração; f) materiais e medicamentos emergenciais; e g) desfibrilador. Art. 21. O serviço de endoscopia tipo III deve possuir, no mínimo, além dos itens discriminados no Artigo 20 desta Resolução, equipamentos, instrumental, materiais e medicamentos que permitam a realização do ato anestésico e recuperação pós-anestésica com segurança. Art. 22. A sala de recuperação dos serviços de endoscopia tipo II e tipo III deve oferecer condições de acomodação com segurança e conforto durante o reestabelecimento do paciente. Art. 23. É proibida a recuperação de pacientes submetidos à sedação ou anestesia não tópica fora da sala de recuperação. Art. 24. A sala de processamento dos serviços de endoscopia deve possuir: I - cuba para lavagem com profundidade suficiente para evitar respingos em suas laterais, no piso e no profissional; II - bancada lisa e impermeável com dimensões compatíveis para a acomodação dos equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde a serem processados; III - ponto de água que atenda os padrões de potabilidade conforme normatização vigente; e IV - Sistema de climatização. Art. 25. Os serviços de endoscopia tipo I, que não utilizam no processamento produtos químicos para desinfecção de alto nível devem possuir uma área para processamento de equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde com os seguintes itens: I - cuba para lavagem com profundidade suficiente para evitar respingos em suas laterais, no piso e no profissional; II - bancada lisa e impermeável com dimensões compatíveis para a acomodação dos equipamentos, acessórios e outros produtos para a saúde a serem processados; e III - ponto de água que atenda os padrões de potabilidade conforme normatização vigente. Art. 26. O sistema de climatização da sala de processamento dos serviços de endoscopia deve atender aos seguintes requisitos: I - garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³/h/m²; II - manter um diferencial de pressão negativa entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 Pa; III - prover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para o exterior da edificação; e IV - o ar de reposição pode ser proveniente dos ambientes vizinhos. Art. 27. Caso o serviço utilize processo automatizado de limpeza, desinfecção e esterilização, a área física deve atender aos requisitos técnicos necessários para instalação do equipamento conforme indicação do fabricante e legislação vigente. Art. 28. Para a secagem dos equipamentos com canais, os serviços devem dispor de ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo. Seção V Processamento de equipamentos e acessórios Art. 29. O serviço de endoscopia deve dispor de equipamentos e acessórios em quantidade suficiente para o número de pacientes atendidos, respeitando o tipo de procedimento e o tempo necessário para os respectivos processamentos. Art. 30. Deve ser elaborado Procedimento Operacional Padrão (POP) no qual sejam detalhadas todas as etapas do processamento de equipamentos e acessórios utilizados nos procedimentos endoscópicos, respeitando a legislação referente ao uso dos agentes saneantes e as orientações contidas nos manuais de processamento do fabricante. Parágrafo único. O POP deve ser aprovado pelo responsável técnico do serviço autônomo ou médico responsável do serviço não autônomo de endoscopia e estar disponível na sala de processamento para consulta pela equipe de saúde e pela autoridade sanitária competente. Art. 31. A pré-limpeza do endoscópio deve ser realizada imediatamente após a finalização do procedimento com remoção da sujidade da superfície externa. Parágrafo único. Sempre que o equipamento possuir canais deve haver a

introdução de detergente sob pressão nestes, conforme orientação do fabricante. Art. 32. A limpeza de equipamentos endoscópicos deve ser realizada no menor intervalo de tempo possível após a pré-limpeza, de acordo com a orientação do fabricante. Art. 33. O processo de limpeza de todos os canais, válvulas e conectores devem incluir escovação e irrigação de todos os componentes externos e internos com utilização de detergente, conforme orientação do fabricante. Art. 34. Após o processo de limpeza, os equipamentos endoscópicos e seus acessórios devem ser submetidos à secagem antes de qualquer método de desinfecção ou esterilização. Art. 35. As escovas utilizadas na limpeza dos canais endoscópicos, quando passíveis de processamento, devem ser submetidas à limpeza e desinfecção a cada turno de trabalho. Art. 36. O processo de desinfecção deve respeitar o tempo mínimo de exposição do equipamento ao produto utilizado, de acordo com a recomendação do fabricante e a legislação vigente. Art. 37. É obrigatório realizar a monitorização dos parâmetros indicadores de efetividade dos agentes saneantes que possuem ação antimicrobiana como concentração, pH ou outros indicados pelo fabricante, no mínimo uma vez ao dia antes do início das atividades. §1º Não podem ser utilizados saneantes que estejam com os parâmetros divergentes daqueles constantes do rótulo do produto. §2º Os parâmetros monitorados (iniciais e subsequentes) devem ser registrados e arquivados pelo prazo mínimo de cinco anos e disponibilizados para consulta da autoridade sanitária. Art. 38. Os endoscópios flexíveis, após serem submetidos a processamento, devem ser mantidos em posição vertical com preservação de alinhamento entre as duas extremidades até a sua utilização. Art. 39. Quando for necessário o transporte do endoscópio entre a sala de procedimento e a sala de processamento, os endoscópios devem estar acondicionados em recipientes laváveis e com tampas diferentes para material sujo e limpo. Parágrafo único. Quando a sala de processamento estiver contígua à sala de procedimento, o acondicionamento pode ser dispensado. Art. 40. Quando o endoscópio for transportado para outro serviço de saúde, o processamento deve ser novamente realizado antes da sua utilização. Art. 41. A limpeza dos produtos para a saúde com conformações complexas deve ser precedida de limpeza manual e complementada por limpeza automatizada em lavadora ultrassônica ou outro equipamento de eficiência comprovada. Art. 42. Os acessórios e outros produtos para a saúde classificados como críticos devem ser submetidos à esterilização antes da sua utilização. §1º O serviço de endoscopia poderá utilizar para esterilização de acessórios críticos e outros produtos para a saúde, o centro de material e esterilização do serviço de saúde no qual está fisicamente inserido ou empresa processadora devidamente licenciada pelo órgão sanitário competente. §2º Para os casos referidos no parágrafo acima, os produtos para saúde devem ser encaminhados, após serem submetidos à limpeza no serviço de saúde, conforme Procedimento Operacional Padrão (POP), definido entre as partes envolvidas. Art. 43. O serviço de endoscopia e a empresa processadora devem utilizar embalagens que garantam a manutenção da esterilidade do conteúdo, bem como a sua transferência sob técnica asséptica. Art. 44. As embalagens utilizadas para a esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à Anvisa, para uso específico em esterilização. Art. 45. A selagem de embalagens tipo envelope deve ser feita por termoseladora ou conforme orientação do fabricante. Art. 46. Não é permitido o uso de caixas metálicas sem furos para esterilização de produtos para saúde. Art. 47. É obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas. Art. 48. O rótulo de identificação da embalagem deve conter: I - nome do produto; II - data da esterilização; III - data limite de uso; IV - método de esterilização; e V - nome do responsável pelo preparo. Art. 49. Para a utilização de acessórios submetidos à esterilização, deverá ser obedecida a data limite de uso do produto esterilizado pelo serviço que a executou. Art. 50. Não é permitido o uso de estufas para a esterilização de produtos para saúde. Art. 51. Os produtos esterilizados devem ser armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz solar direta e submetidos à manipulação mínima. Art. 52. É proibida a utilização de método manual de imersão em desinfetantes líquidos para fins de esterilização de produtos para a saúde. Art. 53.

Produtos para saúde utilizados na assistência ventilatória e anestésica não poderão ser submetidos à desinfecção por métodos de imersão química líquida com a utilização de saneantes à base de aldeídos. Seção VI Segurança e Saúde no Trabalho Art. 54. Quando o procedimento implicar a utilização de Raios X, devem ser atendidos os requisitos estabelecidos no regulamento sanitário vigente para a proteção radiológica em radiodiagnóstico médico. Art. 55. O serviço de endoscopia deve adotar as medidas de segurança ocupacional preconizadas pelo fabricante relativas ao uso de saneantes. Art. 56. O trabalhador responsável pelo processamento deve utilizar gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara compatível com o risco, luvas de borracha cano longo, avental impermeável, protetor auricular (de acordo com o risco), calçados fechados impermeáveis e antiderrapantes. CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS Art. 57. Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução terão o prazo de três meses a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias. § 1º Para cumprimento do Artigo 18 e dos artigos 22 a 28 da Seção IV - Infraestrutura Física/Recursos Materiais, estabelece-se o prazo de doze meses; § 2º A partir da publicação desta Resolução, os novos serviços de endoscopia e aqueles que pretendem reiniciar suas atividades devem atender na íntegra às exigências nela contidas, previamente ao início de seu funcionamento. Art. 58. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis. Art. 59. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO