

Boletim de Serviço
nº 66, de 01 de março de 2021

**Complexo
Hospitalar
Universitário
CHU-UFPA**

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO – UFPA
Rua dos Mundurucus, 4487 – Guamá | CEP: 66073-000
Belém-PA | Telefone: (91) 3201-6664 | www.ebserh.gov.br

MILTON RIBEIRO

Ministro de Estado da Educação

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

Presidente

EDUARDO CHAVES VIEIRA

Diretor Vice-Presidente Executivo

REGINA FATIMA FEIO BARROSO

Superintendente CHU/UFPA

DANIEL PAULO SERIQUE JÚNIOR

Gerente Administrativo CHU /UFPA

JANETE DO SOCORRO RODRIGUES TRINDADE

Gerente de Atenção à Saúde- Substituta - CHU/HUJBB/UFPA

ROSILENE REIS DELLA NOCE

Gerente de Atenção à Saúde CHU/HUBFS/UFPA

PEDRO PAULO FREIRE PIANI

Gerente de Ensino e Pesquisa CHU/UFPA

Sumário

SUPERINTENDÊNCIA	7
EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO	7
Portaria-SEI nº 499, de 18 de fevereiro de 2021	7
Portaria-SEI nº 500, de 22 de fevereiro de 2021	8
Portaria-SEI nº 501, de 22 de fevereiro de 2021	10
Portaria-SEI nº 503, de 24 de fevereiro de 2021	11
FISCAL DE CONTRATO	13
Portaria-SEI nº 492, de 12 de fevereiro de 2021	13
Portaria-SEI nº 498, de 11 de fevereiro de 2021	15
REPUBLICAÇÃO	16
Portaria-SEI nº 496, de 19 de fevereiro de 2021	17
Portaria-SEI nº 278, de 22 de fevereiro de 2021	19
PROTOCOLO	21
MANEJO DO DELIRIUM	21
MANEJO DA DOR E SEDAÇÃO	32
MANEJO DA CRISE HIPERTENSIVA (URGÊNCIA HIPERTENSIVA)	52
NORMA	70
NORMA OPERACIONAL PARA PRESIDÁRIOS/APENADOS	70
CARTILHA - ORIENTAÇÕES BÁSICAS AO PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE CHAGAS	

SUPERINTENDÊNCIA

EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO

Portaria-SEI nº 499, de 18 de fevereiro de 2021

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **resolve:**

Art. 1º Constituir Equipe de Planejamento da Contratação - EPC para AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE LABORATÓRIO VOL. II, para que não haja descontinuidade dos serviços do CHU-UFPA, em cumprimento ao disposto no art. 21, inciso III, da Instrução Normativa SG/MPDG/MP nº 05, de 26 de maio de 2017.

Art. 2º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC composta por esta Portaria será integrada pelos seguintes colaboradores:

- I. Carlos Alexandre da Silva Costa, técnico em citopatologia, SIAPE 3059781 - Coordenador EPC, 3034401 Unidade de Anatomia Patológica - ULAP/DDT/GASJBB/CHU-UFPA;
- II. João de Deus Teixeira Junior, Biomédico, SIAPE 3034401 - Representante da ULAC/DDT/GASJBB/CHU-UFPA;
- III. Pedro Paulo Gonçalves, Técnico em radiologia, SIAPE 1449181 - Representante da ULACP - ULACP/SADT/GASBFS/CHU-UFPA;
- IV. Marly de Souza Campos, Assistente em Administração, SIAPE 6235857 - Representante da Administração/JBB;

Art. 3º - Atribuições da Equipe de Planejamento de Contratação

- a) Realização de estudo preliminares - ETP DIGITAL;
- b) Realização de gerenciamento de risco;
- c) Elaboração de documentos contendo as especificações técnicas da contratação (TR ou Projeto básico);

- d) Acompanhamento das fases da contratação, atuando na pronta reposta a eventuais pedidos de esclarecimentos e impugnações;
- e) Análises técnicas, no caso de contratação que envolva amostras, provas de conceito ou complexidades técnicas nas exigências de habilitação;
- f) Condução de estudos de mercado para formalizar pesquisa de preços;
- g) Outras atividades necessárias à completa execução das etapas de planejamento da contratação.

Art. 4º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC terá o prazo de 30 (trinta) dias para conclusão da etapa de planejamento da contratação e apresentação dos documentos instrutórios à DAF/CHU.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo inicialmente previsto e antes de seu exaurimento, a Coordenação da EPC deverá encaminhar expediente à DAF/CHU contendo justificativa e cronograma para realização das atividades, a fim de dar previsibilidade necessária à organização da agenda de licitações e contratações da EBSERH.

Art. 5º Esta Portaria-SEI entra em vigor na data de sua assinatura e tem vigência até a celebração do Contrato.

Dra. Regina Fátima Feio Barroso

Portaria-SEI nº 500, de 22 de fevereiro de 2021

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **resolve:**

Art. 1º Constituir Equipe de Planejamento da Contratação - EPC para Contratação de empresa especializada em serviços de manutenção de extintores de incêndio e de ensaio hidrostático em mangueiras de hidrantes, pelo período de 12 meses, para o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará, em cumprimento ao disposto no art. 21, inciso III, da Instrução Normativa SG/MPDG/MP nº 05, de 26 de maio de 2017.

Art. 2º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC composta por esta Portaria será integrada pelos seguintes colaboradores:

- I. Josué Nonato do Nascimento, Técnico de Segurança do Trabalho, SIAPE 3060468, Coordenador EPC - Representante do Divisão de Gestão de Pessoa/Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
- II. Hosaiás Alves dos Prazeres Silva, Engenheiro de Segurança do Trabalho, SIAPE 2419422 - Representante da DIVGP/CH-UFPA
- III. Adriano Pelegrini Ferreira, Técnico de Segurança do Trabalho, SIAPE 3070474 - Representante da DIVGP/CHU-UFPA
- IV. Paulo Estevão Lopes de Souza, Assistente Administrativo, SIAPE 327314 - Integrante Administrativo;

Art. 3º - Atribuições da Equipe de Planejamento de Contratação

- a) Realização de estudo preliminares - ETP DIGITAL;
- b) Realização de gerenciamento de risco;
- c) Elaboração de documentos contendo as especificações técnicas da contratação (TR ou Projeto básico);
- d) Acompanhamento das fases da contratação, atuando na pronta reposta a eventuais pedidos de esclarecimentos e impugnações;
- e) Análises técnicas, no caso de contratação que envolva amostras, provas de conceito ou complexidades técnicas nas exigências de habilitação;
- f) Condução de estudos de mercado para formalizar pesquisa de preços;
- g) Outras atividades necessárias à completa execução das etapas de planejamento da contratação.

Art. 4º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC terá o prazo de 30 (trinta) dias para conclusão da etapa de planejamento da contratação e apresentação dos documentos instrutórios à DAF/CHU.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo inicialmente previsto e antes de seu exaurimento, a Coordenação da EPC deverá encaminhar expediente à DAF/CHU contendo justificativa e cronograma para realização das atividades, a fim de dar previsibilidade necessária à organização da agenda de licitações e contratações da EBSERH.

Art. 5º Esta Portaria-SEI entra em vigor na data de sua assinatura e tem vigência até a celebração do Contrato.

Dr^a Regina Fátima Feio Barroso

Portaria-SEI nº 501, de 22 de fevereiro de 2021

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **resolve:**

Art. 1º Constituir Equipe de Planejamento da Contratação - EPC para Aquisição de AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE COPA COZINHA - MARMITAS E COPOS PARA SUPRIR A DEMANDA DA UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA DO CHU-UFPA, em cumprimento ao disposto no art. 21, inciso III, da Instrução Normativa SG/MPDG/MP nº 05, de 26 de maio de 2017.

Art. 2º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC composta por esta Portaria será integrada pelos seguintes colaboradores:

- I. Elenilce Pereira de Carvalho, Nutricionista, SIAPE 145550, CPF 585.861.132-04, Coordenadora da EPC - Representante da unidade de Nutrição Clínica;
- II. Vanessa Letícia de Vasconcelos Nogueira, SIAPE 3061415, CPF 862.995.902 - 97 - Representante do setor de Suprimentos;
- III. Paulo Estêvão Lopes de Souza, Assistente em Administração, SIAPE 327314, CPF 166.250.132-34 - Integrante Administrativo;

Art. 3º - Atribuições da Equipe de Planejamento de Contratação

- a) Realização de estudo preliminares - ETP DIGITAL;
- b) Realização de gerenciamento de risco;
- c) Elaboração de documentos contendo as especificações técnicas da contratação (TR ou Projeto básico);

- d) Acompanhamento das fases da contratação, atuando na pronta reposta a eventuais pedidos de esclarecimentos e impugnações;
- e) Análises técnicas, no caso de contratação que envolva amostras, provas de conceito ou complexidades técnicas nas exigências de habilitação;
- f) Condução de estudos de mercado para formalizar pesquisa de preços;
- g) Outras atividades necessárias à completa execução das etapas de planejamento da contratação.

Art. 4º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC terá o prazo de 30 (trinta) dias para conclusão da etapa de planejamento da contratação e apresentação dos documentos instrutórios à DAF/CHU.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo inicialmente previsto e antes de seu exaurimento, a Coordenação da EPC deverá encaminhar expediente à DAF/CHU contendo justificativa e cronograma para realização das atividades, a fim de dar previsibilidade necessária à organização da agenda de licitações e contratações da EBSEH.

Art. 5º Esta Portaria-SEI entra em vigor na data de sua assinatura e tem vigência até a celebração do Contrato

Dr^a Regina Fátima Feio Barroso

Portaria-SEI nº 503, de 24 de fevereiro de 2021

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **resolve:**

Art. 1º Constituir Equipe de Planejamento da Contratação - EPC para Aquisição de insumos para exames de hemoglobina glicada com cessão de equipamentos em regime de comodato, em

cumprimento ao disposto no art. 21, inciso III, da Instrução Normativa SG/MPDG/MP nº 05, de 26 de maio de 2017.

Art. 2º A Equipe de Planejamento e Contratação - EPC composta por esta Portaria será integrada pelos seguintes colaboradores:

- I. Marielle Pires Quaresma, Biomédica, SIAPE 30334599, Coordenador EPC - Representante da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas;
- II. João de Deus Teixeira Júnior, Biomédico, SIAPE 3034401 - Representante da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas;
- III. Luana Adriana Ribeiro da Silva, Assistente Administrativo, SIAPE 3149852, CPF 858.481.902-91 - Integrante administrativo.

Art. 3º - Atribuições da Equipe de Planejamento da Contratação

- a) Realização de estudo preliminares - ETP DIGITAL;
- b) Realização de gerenciamento de risco;
- c) Elaboração de documentos contendo as especificações técnicas da contratação (TR ou Projeto básico);
- d) Acompanhamento das fases da contratação, atuando na pronta reposta a eventuais pedidos de esclarecimentos e impugnações;
- e) Análises técnicas, no caso de contratação que envolva amostras, provas de conceito ou complexidades técnicas nas exigências de habilitação;
- f) Condução de estudos de mercado para formalizar pesquisa de preços;
- g) Outras atividades necessárias à completa execução das etapas de planejamento da contratação.

Art. 4º A Equipe de Planejamento da Contratação - EPC terá o prazo de 30 (trinta) dias para conclusão da etapa de planejamento da contratação e apresentação dos documentos instrutórios à DAF/CHU.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo inicialmente previsto e antes de seu exaurimento, a Coordenação da EPC deverá encaminhar expediente à DAF/CHU contendo justificativa e cronograma para realização das atividades, a fim de dar previsibilidade necessária à organização da agenda de licitações e contratações da EBSERH.

Art. 5º Esta Portaria-SEI entra em vigor na data de sua assinatura e tem vigência até a celebração do Contrato.

Dra. Regina Fátima Feio Barroso

FISCAL DE CONTRATO

Portaria-SEI nº 492, de 12 de fevereiro de 2021

A **Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA**, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **resolve:**

Art. 1º Instituir, para acompanhamento e fiscalização do Contrato, processo nº 23768.012691/2020-70, com a empresa AGFA HEALTHCARE BRASIL IMPORTAÇÃO E SERVIÇOS LTDA, CNPJ/MF nº : 09.032.626/0002-35, cujo objeto é a contratação de empresa especializada em manutenção preventiva e corretiva com reposição de peças e software para os equipamentos de processamento de imagem pertencentes aos CHU-UFPA.

Fiscal Técnico

NOME	SIAPE	LOTAÇÃO
Valdemir Rodrigues da Luz	3042651	Setor de Engenharia Clínica

Fiscal Operacional

NOME	SIAPE	LOTAÇÃO
Valtenis Aguiar Melo	3161355	Unidade de Diagnóstico por Imagem

Fiscal Administrativo

NOME	SIAPE	LOTAÇÃO
Nilton Cesar Alves	1357121	Divisão de Imagem

Moreira		
---------	--	--

Art. 2º Compete ao Fiscal Técnico / Operacional do Contrato, auxiliar o Gestor ora designado, observando se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

I. Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;

II. Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis à contratação, em especial a Lei nº 13.303/2016 e Regulamento de Licitações e Contratos da EBSERH;

III. Fiscalizar e monitorar a execução, de modo que sejam cumpridas integralmente todas as condições (objeto, prazos, vigência) estabelecidas nas Cláusulas Contratuais;

IV. Comunicar à autoridade competente com a antecedência necessária, eventuais falhas, atrasos, ou fatos relevantes que possam inviabilizar o cumprimento do objeto da contratação, dos prazos estabelecidos, ou que acarretem a necessidade de prorrogação de prazos ou de vigência contratual, propondo a aplicação de penalidades ou outras sanções, quando for o caso;

V. Diligenciar às unidades beneficiárias, quando necessário, visando certificação quanto a informações ou procedimentos que possam inviabilizar ou dificultar a execução, por parte da Contratada;

VI. Responsabilizar-se pelo fornecimento de arquivos, materiais e informações julgadas pertinentes à execução da contratação, na forma estabelecida no Projeto Básico/Termo de Referência;

VII. Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;

VIII. Encaminhar à área competente, após analisado e atestado, emitindo parecer conclusivo, os documentos necessários à comprovação da aquisição e/ou execução dos serviços, rigorosamente, na forma exigida em Cláusula Contratual;

IX. Recusar, com a devida justificativa, qualquer material ou serviço prestado fora das especificações, bem como qualquer documento ou Nota Fiscal apresentados em desacordo com as condições estabelecidas no Edital, Projeto Básico/Termo de Referência;

X. Registrar e propor toda e qualquer alteração na execução do Contrato, para a autorização da autoridade demandante, após a ratificação do gestor da contratação.

Art. 3º Compete ao Fiscal Administrativo do Contrato:

- I. Acompanhar a formalização dos atos administrativos da contratação, supervisionando sua execução orçamentária;
- II. Emitir as certidões de regularidade fiscal e trabalhista do fornecedor, antes do envio da fatura para pagamento;
- III. Atestar que a documentação de cobrança apresentada se encontra na forma estabelecida no contrato;
- IV. Efetuar a instrução processual para fins de pagamento, na forma convencionada no instrumento contratual;
- V. Prestar orientações técnicas à unidade demandante e à Contratada, relativas à observância das condições pactuadas, no que diz respeito aos prazos de execução, faturamento, pagamento e outros esclarecimentos que venham a ser solicitados;
- VI. Recusar, com a devida justificativa qualquer documento ou nota fiscal encaminhados pelo fiscal da contratação que se encontre em desacordo com as condições estabelecidas na contratação;
- VII. Realizar toda e qualquer ação pertinente à alteração contratual.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Prof.ª Dra. Regina Fátima Feio Barroso

Portaria-SEI nº 498, de 11 de fevereiro de 2021

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **resolve:**

Art. 1º Instituir, para acompanhamento e fiscalização do Contrato, processo n.º 23768.004028/2020-00, com a empresa EMPRESA SHIMADZU DO BRASIL COMÉRCIO LTDA, CNPJ/MF nº 58.752.460/0001-56, cujo objeto é a manutenção Preventiva e Corretiva, com reposição de peças, do equipamento Mamógrafo Digital SHIMADZU, modelo NUANCE EXCEL, Série YAWNE32528.

I. Fiscais do Contrato:

Nome	Matrícula	Lotação
Leonardo Rodrigues	1285229	Unidade de Diagnóstico por Imagem
Elisangela Barreto Santana	2222186	Unidade de Diagnóstico por Imagem
Valtenis Aguiar Melo	6328103	Unidade de Diagnóstico por Imagem

Art. 2º Compete ao Fiscal observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

I. Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;

II. Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis às contratações administrativas, em especial o art. 34 da Lei 13.303 de 30 de junho de 2016 e Regulamento de Licitações e Contratos da EBSERH e alterações posteriores;

III. Coordenar e comandar o processo da execução contratual;

IV. Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento da contratação;

V. Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;

VI. Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;

VII. Ratificar toda e qualquer alteração na execução da contratação, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Dr^a Regina Fátima Feio Barroso

REPÚBLICAÇÃO

Portaria-SEI nº 496, de 19 de fevereiro de 2021

*Portaria republicada para retificação do início dos atos praticados.

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, resolve:

Art. 1º Instituir, para acompanhamento e fiscalização do Contrato, processo n.º 23768.014000/2020-72, para aquisição de mobiliário e bens permanentes, para que não haja descontinuidade dos serviços do CHU-UFPA, em cumprimento ao disposto no art. 21, inciso III, da Instrução Normativa SG/MPDG/MP nº 05, de 26 de maio de 2017.

Gestor de Execução do Contrato:

	NOME	SIAPE	LOTAÇÃO
TITULAR	Marylu Fernandes Guedes Rios	3075457	Setor de Infraestrutura Física
SUBSTITUTO	Helder Luis da Silva Guterres	1855371	Unidade de Patrimônio HUIBB

Fiscal Setorial

	NOME	SIAPE	LOTAÇÃO
TITULAR	Adolfo Geraldo Ferreira Cristo	1513605	Unidade de Patrimônio HUBFS
SUBSTITUTO	Ana Cleice da Costa Silva	3061578	Setor de Administração - HUBFS

Art. 2º Compete ao Gestor observar se a Contratada cumpre em sua totalidade as obrigações pactuadas, além de:

I. Conhecer, em sua plenitude, o teor dos instrumentos contratuais sob a sua gestão, inclusive o Termo de Referência ou Projeto Básico e seus anexos, e demais peças integrantes do processo administrativo;

II. Conhecer e zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis às contratações administrativas, em especial a Lei nº.13.303/2016 e Regulamento de Licitações e Contratos da EBSEH e alterações posteriores;

III. Coordenar e comandar o processo da execução contratual;

IV. Acompanhar o processo de fiscalização com vistas ao perfeito cumprimento da contratação;

V. Verificar a conformidade da prestação dos serviços ou fornecimento do material contratado;

VI. Certificar quanto à fiel comprovação das despesas e prestação dos serviços contratados, atestando, juntamente com o fiscal técnico ou na ausência deste, os documentos comprobatórios, e/ou registrando e justificando fatos que impeçam o cumprimento do objeto e dos prazos estabelecidos;

VII. Ratificar toda e qualquer alteração na execução da contratação, proposta pelo fiscal técnico, para a autorização da diretoria demandante.

Art. 3º Compete ao fiscal setorial, no âmbito de sua atuação as atribuições do fiscal técnico:

I. Monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para requerer à contratada a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas;

II. Realizar a avaliação diária, semanal ou mensal, desde que o período escolhido seja suficiente para avaliar ou, se for o caso, aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços;

III. Elaborar relatório circunstanciado, em consonância com as suas atribuições, contendo o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo;

IV. Apurar, mensalmente, o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos no ato convocatório, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

Art. 4º Ficam convalidados os atos praticados pelos fiscais a partir de 09/12/2020.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Prof.^a Dra. Regina Fátima Feio Barroso

Portaria-SEI nº 278, de 22 de fevereiro de 2021

*Portaria republicada para alterações de membros da Equipe de Gestores. Portaria - SEI nº 278, de 09 de fevereiro de 2021 publicado no Boletim de Serviço nº 65/2021.

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU- UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, e na mesma data, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, resolve:

Art 1º Reestruturar a composição da Equipe de Gestores Responsáveis junto ao Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI, da Unidade João de Barros Barreto-CHU/UFPA, filial EBSEH.

Art 2º A Equipe passa a ser composta pelos seguintes membros:

Ordenador de Despesa: Regina Fátima Feio Barroso
CPF:028.920.222-15

Ordenador Substituto: Daniel Paulo Serique Junior
CPF: 837.709.842-34

Gestor Financeiro: Daniel Paulo Serique Junior
CPF:837.709.842

Gestor Substituto: Daniela Vianna Cortez de Souza
CPF:377.567.962-68

Contador Titular: Maria do Socorro Quaresma Sacramento
CPF nº 153.842.172-00
CRC-PA nº 007132/O-0

Contador Substituto: Dannyson Gonçalves Pinheiro

CPF:613.310.312-49

CRC-PA:015253/0-0

Conformidade Contábil titular: Maria do Socorro Quaresma Sacramento

CPF: 153.842.172-00

CRC-PA:007132/O-0

Conformidade Contábil Substituto: Dannyson Gonçalves Pinheiro

CPF: 613.310.312-49

CRC-PA: 015253/O-0

Cadastrador SIAFI: Dannyson Gonçalves Pinheiro

CPF: 613.310.312-49

CRC-PA: 015253/0-0;

Cadastrador Substituto: Allan do Nascimento

CPF:940.642.882-20

CRC-PA:019646/O-6

Cadastrador SIASG: Dannyson Gonçalves Pinheiro

CPF: 613.310.312-49

CRC-PA: 015253/0-0;

Cadastrador SIASG Substituto: Allan do Nascimento

CPF: 603.094.312-04

CRC-PA: 014969/0-4 T-RN

Conformidade de Registro de Gestão titular: Josefa Carvalho Belizario

CPF: 767.924.713-72

CRC-MA 004026/O-6-T-PA

Conformidade de Registro de Gestão Substituto: Allan do Nascimento

CPF: 940.642.882-20

CRC-PA: 019646/O-6

Art. 3º Revoga-se a portaria-SEI 020/2019, de 8 de novembro de 2019, publicada no Boletim de Serviço 03/2019, de 02 de dezembro de 2019.

Art. 4º Os membros da Equipe desempenharão suas funções concomitantemente com as atribuições de seus cargos ou funções.

Art. 5º Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de sua assinatura.

Dr^a Regina Fátima Feio Barroso

PROTOCOLO

MANEJO DO DELIRIUM

1.SIGLAS E CONCEITOS:

CAM: Confusional Assessment Method

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

Q-T: intervalo medido desde no início do complexo QRS até o final da onda T no eletrocardiograma.

2.OBJETIVO

O protocolo visa padronizar o manejo de pacientes com delirium internados em unidade de enfermagem clínica no Hospital Universitário João de Barros Barreto.

3.JUSTIFICATIVA

O delirium é considerado como uma urgência médica, o seu diagnóstico deve ser corretamente estabelecido e a terapêutica rapidamente instituída (FREITAS, 2013).

Segundo o DSM-V, o delirium é definido como uma alteração da consciência com diminuição da capacidade de manter, alterar ou forçar a atenção, alteração da cognição (memória, orientação,

linguagem) ou desenvolvimento de alteração da percepção que não pode ser explicada por um quadro demencial estabelecido, pré-existente ou em evolução.

É uma intercorrência que prolonga o tempo de internação hospitalar, em média, em quatro dias (ALENCAR et al, 2020).

Favorece complicações como infecções, lesões por pressão e quedas, eleva a mortalidade hospitalar e pós-alta. Favorece o declínio cognitivo e funcional, a demência e o risco de institucionalização. Além disso, gera distress para o paciente, o familiar, o cuidador e os profissionais de saúde (NICE, 2015).

É fundamental o desenvolvimento de protocolos que permitam a identificação precoce do delirium, padronização de estratégias para intervenções adequadas e medidas que favoreçam sua prevenção, seja em unidades de enfermagem clínica ou unidades de terapia intensiva.

4.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

- **Inclusão:**

- Paciente com idade igual ou superior a 18 anos internados em unidade de enfermagem clínica.

- **Exclusão:**

- Paciente com idade inferior a 18 anos;
- Pacientes em acompanhamento ambulatorial e internados em unidade de cuidados intensivos.

5.ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Profissionais do HUIBB	Devem seguir as recomendações deste documento.
Administração hospitalar	Apoiar a implementação destas recomendações bem como garantir recursos técnicos, humanos e materiais para sua implementação e execução.
Gerência de Assistência à Saúde	Apoiar a implantação destas recomendações bem como garantir os recursos técnicos, humanos e materiais para sua execução.
Divisão de Cuidados	Monitorar por meio de indicadores de resultado e de processo a eficiência das recomendações contidas neste documento.

Chefes de Unidade	Assegurar a adesão dos profissionais bem como reforçar a implantação das recomendações contidas neste documento. Participar dos treinamentos para cumprimento destas recomendações.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Apoiar a implementação destas recomendações e garantir a revisão da padronização dos medicamentos disponíveis no hospital.
Serviço de Farmácia	Coordenar junto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica a revisão periódica da padronização dos medicamentos vinculados a esse protocolo. Informar a disponibilidade dos medicamentos às unidades assistenciais.
Médicos (as)	Seguir as recomendações do protocolo quanto à história clínica, exame físico, avaliação cognitiva admissional, diagnóstico, manejo clínico, medidas de prevenção e indicação de tratamento não farmacológico e farmacológico se necessário.
Enfermagem	Seguir as recomendações do protocolo quanto ao manejo clínico, diagnóstico, medidas de prevenção e reforçar junto aos pacientes, familiares, acompanhantes a importância da vigilância clínica, além reforçar junto à equipe a necessidade de evitar a contenção.

6. INTRODUÇÃO

O delirium é definido como uma síndrome clínica, de início agudo, que se caracteriza por um declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do sono (PRAYCE et al, 2018).

Desenvolve-se, geralmente, em um curto período de tempo e tem um curso flutuante ao longo do dia (JR, 2020).

É uma manifestação neuropsiquiátrica de doença orgânica, que acomete principalmente paciente idosos, especialmente os hospitalizados. O tempo de duração e a gravidade são variáveis (FREITAS, 2013).

Apresenta-se clinicamente de duas formas: hipoativo e hiperativo. O estado hipoativo é mais difícil de identificar e pode ser mais frequente em idosos, manifestando-se com sonolência, apatia, letargia e rebaixamento do nível de consciência. No estado hiperativo é comum encontrar quadros de agitação, confusão, alucinações e ideias ilusórias. Frequentemente, é mais reconhecido (VALDIVIESO, 2017).

6.1 Etiologia

Existem várias hipóteses sobre os mecanismos fisiopatológicos que envolvem o delirium. A maioria relaciona o delirium com desequilíbrios nos neurotransmissores que modulam o comportamento, o humor e a cognição (GOUVEIA, 2017).

Prayceet al (2018) associa o delirium à diminuição da atividade colinérgica acompanhada do aumento da atividade dopaminérgica. Refere que frequentemente é de causa multifatorial e complexa, dependendo da interação da situação, das características do paciente e das características do meio.

Os fatores que precipitam o delirium são numerosos e variados, incluindo a poli farmácia, infecções, desidratação, imobilidade, desnutrição, privação sensorial, dor e uso de dispositivos invasivos - cateteres, sondas (JR & YOUNG, 2020).

É válido ressaltar que no idoso essas alterações manifestam-se muitas vezes de forma atípica e devem ser minuciosamente investigadas e tratadas de forma precoce. Os fármacos constituem uma causa importante de delirium (antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, neurolépticos, uso ou abstinência de hipnóticos e sedativos). Outros fatores de risco são: déficit cognitivo prévio, doença grave, déficit sensorial e idade maior que 75 anos (FREITAS, 2013).

Tabela 1 - Causas comuns de Delirium.

Substâncias	Álcool e hipnóticos/sedativos (intoxicação ou abstinência) Anticonvulsivantes Antidepressivos Fármacos hipotensores Fármacos antiparkinsonianos (incluindo amantadina) Corticosteroides Digitálicos Bloqueadores H2 Narcóticos Fenotiazinas Antibióticos
Infecções	Meningite Pneumonia Septicemia Pielonefrite
Doenças cardíacas	Arritmias Insuficiência cardíaca congestiva Infarto do miocárdio
Distúrbios metabólicos	Distúrbios hidroeletrólíticos Hipercalemia Hipoglicemia e Hiperglicemia Hipóxia Insuficiência hepática Insuficiência renal
Transtornos do sistema nervoso central	Epilepsia Doença vascular
Neoplasia	Metástases cerebrais Tumores primários
Traumatismos	Anestesia Queimaduras Fraturas (especialmente de fêmur) Cirurgia

Mudança de ambiente	Hospitalização (especialmente em unidade de terapia intensiva)
Outros fatores	Fecaloma, dor

Fonte: Adaptado do Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2013.

6.2 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial deve ser feito com patologias que possam causar prejuízo cognitivo global - demências, depressão e psicose funcional (FREITAS, 2013).

Tabela 2 – Características diferenciais entre delirium, demência, depressão e psicose funcionais.

CARACTERÍSTICAS	Delirium	Demência	Depressão	Psicose funcionais
INÍCIO	Súbito	Insidioso	Coincide com alterações da vida; frequentemente recente	Súbito
CURSO NAS 24H	Flutuante com exacerbação noturna	Estável	Efeitos diurnos, tipicamente piora pela manhã; menos flutuações do que delirium	Estável
CONSCIÊNCIA	Reduzida	Clara	Clara	Clara
ATENÇÃO	Globalmente desordenada	Normal, exceto em casos graves	Prejuízo mínimo; distrativo	Pode ser desordenada
COGNIÇÃO	Globalmente prejudicada	Globalmente prejudicada	Memória prejudicada; ilhas de memórias intactas; pensamentos negativos	Pode ser seletivamente prejudicada

ORIENTAÇÃO	Frequentemente prejudicada; flutua em gravidade	Frequentemente prejudicada	Seletivamente prejudicada	Pode ser prejudicada
ALUCINAÇÕES	Frequentemente visuais e auditivas	Frequentemente ausentes	Ausentes, exceto em casos graves	Predominantemente auditivas
IDÉIAS DELIRANTES	Fugazes; pobremente sistematizado	Frequentemente ausentes	Ausentes, exceto em casos graves	Sustentadas e sistematizadas
LINGUAGEM	Frequentemente incoerente, lenta ou rápida	Dificuldade em encontrar palavras e perseverança	Normal	Normal, lenta ou rápida

Fonte: Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2013

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Na história clínica observa-se pródromos, geralmente, com duração de um a três dias, como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou distúrbios do sono. Recomenda-se realizar, inicialmente, uma avaliação cognitiva do paciente no ato da admissão. O declínio cognitivo sinalizará a necessidade de rastreio de delirium com instrumentos específicos (PRAYCE, 2018).

No delirium, as alucinações podem ser visuais, auditivas ou somatossensoriais. Ao exame físico, os pacientes tendem a manifestar sonolência, letargia ou até mesmo parecer semicomatosos nos casos mais avançados. Pode ocorrer uma hipervigilância em casos de abstinência de álcool ou de drogas sedativas, sendo essa apresentação menos comum em idosos (JR & YOUNG, 2020).

O exame clínico deve ser detalhado em busca de fatores de risco como: dor, infecção, fecalomas, prurido e fraturas (FREITAS, 2013).

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O Confusional Assessment Method (CAM) é uma escala útil para rastreio de delirium. Apresenta uma sensibilidade de 94 a 100% e uma especificidade de 90 a 95%. É a escala padrão em estudos clínicos de delirium e é validada para aplicação em paciente em acompanhamento

ambulatorial e em pacientes hospitalizados, seja em unidade de enfermaria clínica ou em unidades de terapia intensiva (JR & YOUNG, 2020).

A escala de CAM inclui os critérios de diagnósticos do DSM-V e é aplicada para detecção do delirium através da presença ou ausência de quatro características: mudanças agudas no estado mental com curso flutuante, alteração da atenção, pensamento desorganizado e alteração no nível de consciência (VALDIVIESO, 2017).

A avaliação laboratorial em pacientes com delirium deve incluir: hemograma, eletrólitos, creatinina, glicose, hemocultura, exame de sedimento de urina, urocultura, função tireoidiana. Testes de função hepática, dosagem de medicamentos, exames toxicológicos e gasometria devem ser solicitados se a causa permanecer indeterminada. Nos casos em que não se identifique uma causa de delirium na primeira avaliação ou se o quadro clínico não evoluir com melhora (apesar da intervenção inicial), faz-se necessário uma avaliação por imagem - radiografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética. Não é necessário realizar punção lombar e eletroencefalograma na maioria dos casos, exceto em situações em que a causa permaneça desconhecida após os exames de rotina (JR & YOUNG, 2020).

Tabela 3 - Escala de CAM (Confusional Assessment Method).

1. Início Agudo	
Há evidência de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente?	()
Distúrbio da atenção	
2.A. O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?	()
2. Não presente (ausente) em todo o momento da entrevista	()
Presente em algum momento da entrevista, porém de forma leve	()
Presente em algum momento da entrevista, porém de forma marcante	()
Incerto	
2.B. Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	
Sim	()
Não	()
Incerto	()

	Nãoaplicável	()
3.	Pensamento desorganizado O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?	()
4.	Alteração do nível de consciência Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente? Alerta (normal) () Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente) () Letárgico (sonolento, facilmente acordável) () Estupor (dificuldade para despertar) () Coma () Incerto ()	
5.	Desorientação O paciente ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?	()
6.	Distúrbio (prejuízo) da memória O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital ou dificuldade para se lembrar de instruções?	()
7.	Distúrbios da percepção O paciente apresentou sinais de distúrbios da percepção, como por exemplo alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)?	()
8.	Agitação psicomotora Parte 1 - Durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, tal como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição? () Retardo psicomotor Parte 2 - Durante a entrevista, o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo, ()	

	ou lentidão exagerada de movimentos?	
9.	Alteração do ciclo sono-vigília O paciente apresentou sinais de alteração do sono ciclo-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônianoturna?	()

Fonte: Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2013.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento do delirium já instalado é dirigido para correção da causa básica, minimizando os sintomas (FREITAS, 2013).

É primordial realizar um inventário medicamentoso verificando a possibilidade da implicação dos mesmos (JR & YOUNG, 2020).

A prevenção do delirium baseia-se em intervenções multidisciplinares sob os principais fatores de risco. O paciente deve ser colocado em um ambiente calmo e bem iluminado visando restabelecendo o ritmo circadiano, principalmente o ciclo sono-vigília, e a reorientação temporoespacial, com o uso de objetos, calendários, placas indicativas (FREITAS, 2013).

Deve-se oferecer nutrição adequada, otimizar medidas de prevenção de lesões cutâneas e estimular a mobilização precoce. Nos casos em que o paciente manifesta comportamentos que o coloquem em risco de queda e remoção de dispositivo, indica-se o tratamento farmacológico (PRAYCE, 2018).

JR (2020) recomenda evitar (sempre que possível) procedimentos médicos e de enfermagem no horário do sono. Destaca a importância de prover um controle adequado da dor, dando preferência ao uso de analgésicos não opióides.

O uso de ataduras para contenção de pacientes com delirium hiperativo deve ser evitado. Priorizando, quando possível, a vigilância ativa dos acompanhantes e se necessário a utilização da luva de box (GOUVEIA, 2017).

O tratamento farmacológico só deve ser instituído se não houver resposta às medidas não farmacológicas bem instituídas (FREITAS, 2013).

Os neurolépticos são as drogas utilizadas e o haloperidol é a droga de escolha, na dose de 0,5 a 1mg, seja para controle de agitação moderada a grave ou sintomas psicóticos. A dose máxima recomendada é 5mg ao dia e doses mais altas devem somente ser usadas em unidades de terapia intensiva. Pode ser administrado por via oral, intramuscular ou intravenosa. Entretanto, o uso de haloperidol intravenoso foi associado ao prolongamento clinicamente significativo do intervalo QT. É importante destacar que a resposta não é imediata (JR, 2020).

No caso de delirium refratário, principalmente em pacientes em fins de vida, o controle dá-se através da sedação com a necessidade de monitorização contínua e vigilância clínica rigorosa. O uso do midazolam poderá fazer-se necessário e o uso de morfina para a sedação não é preconizado (PRAYCE, 2018).

Tabela 4 - Terapêutica farmacológica do delirium.

FÁRMACO	DOSE	OBSERVAÇÕES
Antipsicóticos	0,5 a 1,0mg VO 2 vezes/dia com dose adicional a cada 4h se necessário (efeito máximo 4 a 6h)	Em geral é o fármaco de escolha Dose máxima 3 a 5 mg/dia; metade da dose inicial, fracionada
Haloperidol	0,5 a 1,0mg IM, observar 30 a 60 min e repetir se necessário (efeito máximo, 20 a 40 min)	Efeitos extrapiramidais potenciais com dose maiores que 3mg Evitar via intravenosa pela curta duração de ação e indução de arritmias
Antipsicóticos atípicos	0,5 a 1,0mg 2 vezes/dia VO	Eficácia semelhante e menos efeitos extrapiramidais do que o haloperidol
Risperidona	2,5 a 5,0mg 1 vez/dia VO	Aumento do intervalo QT
Olanzapina	12,5 a 25mg 2 vezes/dia VO	Pode aumentar o risco de AVE em pacientes com demência
Quetiapina		
Benzodiazepínicos	0,5 a 1,0mg VO; pode-se repetir a cada 4h	Uso em abstinência ao álcool e de benzodiazepínico Sonolência
Lorazepam		
Antagonista do receptor 5HT	25 a 150mg VO à noite	Sonolência
Trazodona		Testado apenas em estudos não controlados

Fonte: Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2013.

10.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Indica-se internação hospitalar aos pacientes, com diagnóstico de Delirium hipoativo ou hiperativo, não responsivos a despeito de tratamento ambulatorial otimizado.

O tempo de permanência mínima recomendado para internação hospitalar é de cinco dias, objetivando o controle adequado do quadro agudo.

11.CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

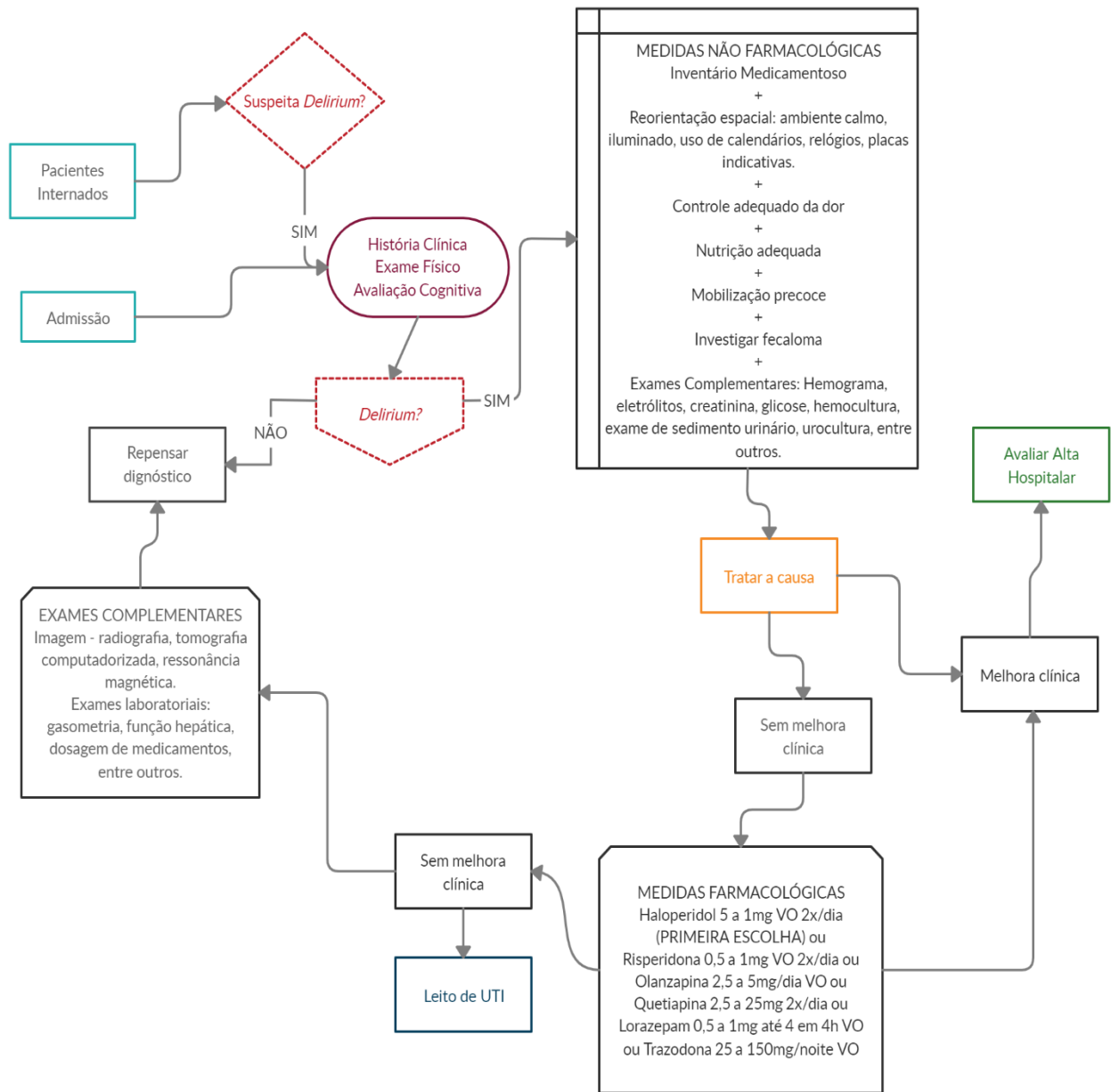
Em pacientes com parkinsonismo, o haloperidol deve ser evitado, sendo recomendado o uso de antipsicóticos atípicos que apresentam menos efeitos extrapiramidais (JR, 2020).

12.CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Recomenda-se alta hospitalar o mais precoce possível após a resolução do quadro. Nos casos refratários às terapias não farmacológicas e farmacológicas instituídas recomenda-se a transferência para unidade de terapia intensiva.

13.FLUXOGRAMAS

Fluxograma–Manejo do Delirium



Fonte: Elaborado pelo Autor. 2020.

14.MONITORAMENTO

Responsabilidades:

Chefes de Unidade Assistencial: fiscalizar o cumprimento do protocolo pelos médicos assistentes e fornecer os dados de sua Unidade de implementação do protocolo.

SRAS / Estatística: fornecer os dados sobre taxas das unidades assistenciais e geral do HUIBB a que se refere esse protocolo;

SGQVS compilar os dados fornecidos e divulgar relatórios da implantação e acompanhamento do protocolo.

Indicadores:

Taxa de casos de Delirium: (Nº total de casos de Delirium / Nº total de pacientes internados);

Taxa de sucesso no tratamento do Delirium (Nº total de pacientes curados após tratamento do Delirium/ nº total de pacientes com Delirium).

15.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
00	00	00

16.REFERÊNCIAS

- I. ALENCAR, D. G. M. et al. Delirium e tempo de internação: correlações em idosos admitidos em um serviço hospitalar de emergência. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 12, n. 2, 4 dez. 2020.
- II. DSM V American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- III. FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, terceira edição. Cap. Delirium, p.397-406. 2013.
- IV. GOUVEIA, B. R. **Manejo de delirium no paciente em unidade de terapia intensiva oncológica: elaboração de protocolo de diretrizes de cuidados**. Rio de Janeiro. 2017.
- V. JR JF. Delirium and acute confusional states: prevention, treatment, and prognosis. In: Wilterdink JL, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020. https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?search=Delirium%20and%20acute%20confusional%20states:%20Prevention,%20treatment,%20and%20prognosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acessado em Janeiro 02, 2020.

- VI. JR JF, YOUNG GB. **Diagnosis of delirium and confusional states**. In: Wilterdink JL, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020. https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusionalstates?search=Diagnosis%20of%20delirium%20and%20confusional%20states&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acessado em Janeiro 02, 2020.
- VII. NACIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Care of dying adults in the last days of life**. 2015. [S.L.]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>.
- VIII. OH, E. S. et al. **Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment**. JAMA, [S.l.], v. 318, n. 12, p. 1161-1174, 26 set. 2017. DOI 10.1001/jama.2017.12067. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28973626>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- IX. PRAYCE, R. et al. **Delirium: o 7º parâmetro vital?**. Acta Med Port, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 51-58, jan. 2018. DOI 10.20344. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9670>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- X. VALDIVIESO, J.P. **Protocolo manejo de delirium en el paciente geriátrico hospitalizado**. Santiago. 2017.

<p>Elaboração Valéria Lima Ferreira - Médica Residente de Clínica Médica do HUIBB Nezilour Lobato Rodrigues – Médica Geriatria</p>	<p>Data: 09/03/2020</p>
<p>Validação Lourival Rodrigues Marsola – Médico/ Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. SGQVS</p>	<p>Data: 09/02/2021</p>

Edna Cristina Vieira Conceição – Enfermeira/SGQVS	
Aprovação Regina Fátima Feio Barros/ Superintendente do Complexo UFPA-EBSERH	Data: XX/XX/2021 Conforme Processo SEI nº XXXXXX

MANEJO DA DOR E SEDAÇÃO

1.SIGLAS E CONCEITOS:

IASP: International Association for the Study of Pain

HUJBB: Hospital Universitário João de Barros Barreto

EVA: Escala Visual Analógica

ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos MG: miligramas

DN4: Douleur neuropathique 4 (dor neuropática 4)

OMS: Organização Mundial de Saúde

2.OBJETIVO

Geral:

- Elaborar um conjunto de critérios clínicos para nortear a equipe de saúde assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapia ocupacional) na tomada de decisões para o manejo da dor e da sedação em pacientes oncológicos e não oncológicos do Hospital Universitário João de Barros Barreto(HUJBB).

Específicos:

- Padronizar as escalas para avaliação da dor;

- Fornecer alternativas terapêuticas para alcançar melhor controle da dor;
- Implementar sedação paliativa em pacientes em fase final de doença grave, progressiva e incurável que sejam refratários ao tratamento paliativo convencional;
- Estabelecer critérios para reavaliação da dor após tratamento;
- Orientar equipe de saúde assistencial sobre a importância do manejo adequado da dor.

3.JUSTIFICATIVA

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é uma experiência emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial (Merskey H., Bogduk N., 1994) que varia de pessoa a pessoa, pois envolve tanto experiências prévias quanto condições psicossomáticas, de acordo com a relação da mente com o corpo (Paulina S., 2013).

A falta de sistematização da avaliação da dor leva a um subtratamento desta condição, apesar dos avanços terapêuticos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

A avaliação adequada e sistemática da dor, de sua intensidade e da qualidade de vida dos pacientes permite aos hospitais acompanhar a recuperação do paciente, fazer ajustes no tratamento, atenuar os efeitos colaterais do tratamento, diminuir o tempo de internação e reduzir custos.

4.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

- Inclusão:
 - Pacientes com 18 anos ou mais com queixa de dor;
 - Pacientes submetidos a procedimentos invasivos terapêuticos ou diagnósticos;
 - Pacientes com doenças neoplásicas evoluindo com dor;
 - Pacientes com doenças não oncológicas e queixa de dor;
 - Paciente em fase final de vida com dor.

- Exclusão:
 - Pacientes menores de 18 anos;
 - Pacientes não matriculados no HUIBB.

5.ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Profissionais do HUIBB

Devem seguir as recomendações deste documento.

Administração hospitalar	Apoiar a implementação destas recomendações bem como garantir recursos técnicos, humanos e materiais para sua implementação e execução.
Gerência de Assistência à Saúde	Apoiar a implantação destas recomendações bem como garantir os recursos técnicos, humanos e materiais para sua execução.
Divisão de Cuidados	Monitorar por meio de indicadores de resultado e de processo a eficiência das recomendações contidas neste documento.
Chefes de Unidade	Assegurar a adesão dos profissionais bem como reforçar a implantação das recomendações contidas neste documento. Participar dos treinamentos para cumprimento destas recomendações.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Apoiar a implementação destas recomendações e garantir a revisão da padronização dos medicamentos disponíveis no hospital.
Serviço de Farmácia	Coordenar junto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica a revisão periódica da padronização dos medicamentos vinculados a esse protocolo. Informar a disponibilidade dos medicamentos às unidades assistenciais.
Médicos (as)	Avaliação clínica do paciente com dor e prescrição de medicações analgésicas.
Enfermagem	Cuidados gerais dos pacientes, orientações quanto a tomada das medicações, prescrição de enfermagem, supervisão geral dos auxiliares e técnicos de enfermagem.
Técnicos de Enfermagem	Administração das medicações prescritas pela equipe médica, avaliação dos sinais vitais, cuidados para conforto e higiene do paciente com dor.

6.HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A dor é capaz de produzir diversos sintomas a partir dos quais é possível classificar e prever os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos. É possível caracterizar a dor com base em sua localização, duração, irradiação, intensidade, fatores de agravamento e alívio, grau de interferência nas atividades diárias e na capacidade funcional e resposta prévia a fármacos (ANCP, 2012).

A partir desses dados, pode-se classificar a dor como aguda (duração inferior a 6 meses), crônica oncológica e crônica não oncológica (inflamação, perda tecidual e dor neuropática); com base no mecanismo fisiopatológico em nociceptiva (vias nociceptivas preservadas), neuropática (vias nociceptivas com alterações estruturais e funcionais) e mista (quadro 1) (fluxograma 2) (ANCP, 2012).

Quadro 1 - Classificação da Dor com base no Mecanismo Fisiopatológico.

CLASSIFICAÇÃO DA DOR			
TIPOS DE DOR	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
NOCICEPTIVA	SOMÁTICA	CONSTANTE, BEM LOCALIZADA, EXACERBA COM O MOVIMENTO E ALIVIA COM O REPOUSO	OSTEOARTROSE, ARTRALGIAS, METÁSTASE ÓSSEA, INFILTRAÇÃO DE TECIDOS MOLES
	VISCERAL	1) APERTO E OU OPRESSÃO, MAL LOCALIZADA	CANCER OU METÁSTASES ABDOMINAIS, INFILTRAÇÃO VISCERAL PÓS-QUIMIOTERAPIA (CISTITE HEMORRÁGICA OU MUCOSITE)
		2) EM CÓLICA (ASSOCIADA COM NAUSEAS SUDORESE	TUMORES QUE CURSAM COM OBSTRUÇÃO DE VÍSCERAS EOCAS DO TRATO GASTROINTESTINAL
	NEUROPÁTICA	CENTRAL	DEAFERENTAÇÃO
DISFUNÇÃO			SÍNDROME COMPLEXA
AUTONÔMICA			REGIONAL TIPOS I e II

PERIFÉRICA	POLINEUROPATIA	NEUROPATIA DIABÉTICA, NEUROPATIA PÓS QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA
	MONONEUROPATIA	INVASÃO DE PLEXO BRAQUIAL, NEURALGIA TRIGEMINAL

Fonte: Ancp 2012. Elaborado pelo Autor. 2020.

A dor neuropática é ocasionada por lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico, podendo ser episódica, aguda ou crônica e, em geral, persiste por longo tempo após o evento provocador. É comumente encontrada em conjunto com outros tipos de dor e seu manejo é bastante complexo, visto que tende a responder mal aos analgésicos usuais (FERREIRA GD., MENDONÇA GM., 2017).

A identificação de dor neuropática é realizada com a aplicação do questionário de dor neuropática 4 (DN4). Este questionário pode ser aplicado tanto por especialistas como por não especialistas. É composto de sete itens que se referem a sintomas e outros três que se relacionam com o exame físico. Cada item pontua 1 se a resposta for positiva e zero se negativa, levando a um valor mínimo de zero e o máximo de 10 pontos. O ponto de corte é quatro, sendo que valores iguais ou maiores que 4 sugerem dor neuropática (ECKELI DF., TEIXEIRA RA., GOUVÊA AL., 2016).

Quadro 2: Questionário sobre o Diagnóstico de Dor Neuropática (DN4)

QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA (DN4) VERSÃO BRASILEIRA I.O											
Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número as abaixo,											
ENTREVISTA DO PACIENTE											
QUESTÃO 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SIM	NÃO								
SIM	NÃO										
1. QUEIMAÇÃO											
2. SENSAÇÃO DE FRIO DOLOROSA											
3. CHOQUE ELÉTRICO											
QUESTÃO 2: HÁ PRESENÇA DE UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINTOMAS NA MESMA ÁREA DE SUA DOR?											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SIM	NÃO								
SIM	NÃO										
4. FORMIGAMENTO											
5. ALFINETADA E AGULHADA											
6. ADORMECIMENTO											
7. COCEIRA											
EXAME DO PACIENTE											
QUESTÃO 2: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características??											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SIM	NÃO								
SIM	NÃO										
8. HIPOESTESIA AO TOQUE											
9. HIPOESTESIA À PICADA DE AGULHA											
QUESTÃO 3: NA ÁREA DOLOROSA A DOR PODE SER CAUSADA OU AUMENTADA POR:											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SIM	NÃO								
SIM	NÃO										
10. ESCOVAÇÃO											

Fonte: Eckeli DF., Teixeira RA., Gouvêa AL. 2016.

A dor também pode ser classificada de acordo com sua intensidade. Para tal classificação, é utilizada uma escala de dor chamada Escala Visual Analógica (EVA) (figura 1). A escala deve ser mostrada ao paciente que logo deve ser orientado sobre o correto funcionamento desta ferramenta de avaliação, bem como sobre a importância da utilização desta escala para o tratamento de sua dor. A escala é composta de uma linha enumerada de 0 a 10, onde 0 é a ausência de dor e 10 é a pior dor já sentida pelo paciente. O paciente escolherá a numeração proporcional a intensidade da dor que está sentindo no momento. A intensidade de 1 a 3 é considerada dor leve, de 4 a 7 dor moderada e de 8 a 10 dor intensa. Após a

classificação da intensidade, é possível escolher o esquema analgésico para alcançar o melhor controle da dor (OMS, 2012).

Figura 1 - Escala Visual Analógica.



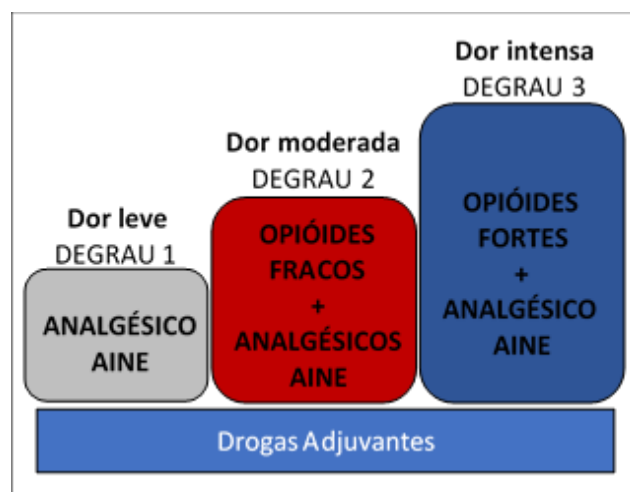
Fonte: OMS. 2012.

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

A organização Mundial da Saúde (OMS) determinou os cinco princípios para o tratamento da dor: 1) pela boca, a medicação deve ser preferencialmente dada pela boca; 2) pelo relógio, é fundamental respeitar os intervalos da administração da medicação de acordo com a meia vida de cada droga; 3) individualizado para cada paciente, uma avaliação contínua deve ser empregada durante todo o tratamento antecipando os efeitos colaterais e ajustando doses sempre que necessário. A troca de opioides deve ser feita em caso de falha de analgesia; 4) pela escada; 5) reavaliações frequentes, permitem reajuste de doses de maneira mais eficiente assim como diagnósticos mais precisos em relação ao quadro algico (RANGEL O., TELLES C., 2012).

O tratamento da dor depende de sua intensidade e deve seguir a escada analgésica da dor (figura 2). Para dor de leve intensidade (degrau 1), podem ser prescritos analgésicos não opioides e antiinflamatórios; para dor de moderada intensidade (degrau 2), é necessária a prescrição de analgésicos opioides fracos, analgésicos e antiinflamatórios. Já para dor de forte intensidade (degrau 3), é adequada a prescrição de opioides fortes, analgésicos e antiinflamatórios. A associação com drogas adjuvantes podem ser prescritas em qualquer degrau (ANCP, 2012; RANGEL O., TELLES C., 2012) (fluxograma 1).

Figura 2 -Escala Analgésica da Dor.



Fonte: OMS. 2012.

7.1 Opióides

Os Opióides (quadro 3) são fármacos analgésicos potentes e de boa eficácia no tratamento prolongado de pacientes com dor oncológica, mista ou neuropática, sendo superiores a antidepressivos tricíclicos e a AINES. Nas dores nociceptivas, o uso de opioides deve ser reservado apenas para os casos de agudização, por curto período e que sejam refratários aos demais medicamentos previstos nos Degraus do Tratamento da Dor da OMS. São dotadas de alguns efeitos adversos quando usadas em doses muito elevadas como náuseas e vômitos, sonolência, depressão respiratória e constipação (OMS 2012).

A codeine é um opioide para dor leve a moderada, muito utilizada em combinação com outros analgésicos como o paracetamol. Mesmo se tratando de um opioide fraco, pode causar efeitos colaterais semelhantes aos demais opioides, principalmente náuseas, vômitos e constipação. Tem bom efeito antitussígeno e causa mais constipação quando comparada a outros opioides. Devido sua correlação à neurotoxicidade em pacientes com insuficiência renal, está contraindicado seu uso em pacientes com clearance de creatinina menor do que 30 mL/min/1,73m (OLIVÊNCIA AS. ET al., 2018).

Assim como a codeina, tramadol é também um opioide fraco muito difundido e bem indicado em dor de característica neuropática, mas também utilizado com boa resposta em dor nociceptiva (ANCP, 2012). Seus efeitos colaterais mais comuns são náuseas e vômitos, diminuição do limiar convulsivo quando em doses maiores do que 300 mg/dia, aumento do risco de suicídio e síndrome serotoninérgica (OLIVÊNCIA AS. ET al., 2018).

7.2 Opióides fortes

A morfina é um opióide de eficácia reconhecida no tratamento das dores oncológicas, neuropáticas e nociceptivas agudas ou crônicas agudizadas. A segurança e a experiência do uso de morfina ao longo de décadas fazem com que esse fármaco seja o mais representativo da classe dos opioides (OLIVÊNCIA AS. ET al., 2018). É a medicação de escolha para iniciar o tratamento de dor intensa. Pode ser utilizada por via oral ou parenteral de horário e como droga de resgate. A morfina também é usada como analgésico de resgate mesmo quando em uso de outras medicações devido seu início de ação mais rápido que de outras drogas equipotentes (ANCP, 2012) (quadro 3).

A Metadona é outro opioide forte com indicação de uso na dor neuropática. Seu efeito é evidenciado mais tardiamente, em torno de 3 a 5 dias (ANCP, 2012). Cuidado redobrado nas alterações do traçado eletrocardiográfico que podem evidenciar cardiotoxicidade (Torsades de Pointes e alargamento do QRS). Nos pacientes com insuficiência renal deve-se priorizar o uso de Metadona. Isso ocorre porque a Metadona, diferente da Morfina, não apresenta metabólito ativo conhecido. A excreção da Metadona é essencialmente fecal, sendo eliminadas em pequena quantidade pela urina, e, por isso, são os mais indicados para pacientes com insuficiência renal que, por exemplo, apresentem sonolência ou delírio com a Morfina.

A oxiconona é uma medicação disponibilizada no Brasil em cápsulas de liberação prolongada. Seu uso é mais indicado em dor nociceptivas visceral, porém é bastante útil no caso de dor oncológica com característica mista e neuropática. Mais potente que a morfina por via oral, além de causar menos constipação e náuseas. Metabolizada no fígado em sua maior parte (ANCP, 2012; WIERMANN EG., 2014).

A buprenorfina é um opióide forte com ação agonista parcial do receptor μ e antagonista do receptor Kappa. Esta medicação já encontra-se liberada para uso no Brasil, tem ação analgésica de 75 a 100 vezes mais potente que a morfina, sem dose teto para tratamento da dor e com dose teto para depressão respiratória. A buprenorfina também é segura para uso em idosos e em pacientes com insuficiência renal devido seu metabolismo ocorrer no trato biliar. Seu tempo de ação é prolongado e possui baixa incidência de efeitos colaterais. Cada 0,2mg de buprenorfina equivale a 6mg de morfina. (Machado fc. Et al., 2020; Davis,MP., Gavril, P., Bertrand, B., 2018).

Quadro 3 - Doses dos Principais Analgésicos Opióides.

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INTERVALO
CODEINA	OPIOIDE FRACO	30 A 60MG	ORAL	4/4 HORAS
TRAMADOL	OPIOIDE FRACO	50 A 100MG	ORAL PARENTERAL	6/6 HORAS
MORFINA	OPIOIDE FORTE	A PARTIR DE 2MG EV E 5MG VO. SEM DOSE TETO	ORAL PARENTERAL	4/4 HORAS
METADONA	OPIOIDE FORTE	A PARTIR DE 2.5MG SEM DOSE TETO	ORAL PARENTERAL	8/8 HORAS
OXICODONA	OPIOIDE FORTE	10 A 20 MG	ORAL E PARENTERAL	12/12 HORAS
FENTANIL TRANSDERMICO	OPIOIDE FORTE	BASEADO NA DOSE DIARIA DE MORFINA	TRANSDERMICO	72/72 HORAS
BUPRENORFINA	OPIOIDE FORTE	A PARTIR DE 5MCG/H SEM DOSE TETO	TRANSDERMICO	7/7DIAS

Fonte: Ancp, 2012; Wiermann Eg., 2014. Elaborado pelo Autor. 2020.

7.3 Rotação de opióides

Quando usados por longo período, os opioides podem sofrer o efeito da tolerância, o qual se caracteriza pela diminuição da eficácia analgésica. Frente a este efeito, as doses dos opioides devem ser aumentadas objetivando atingir a dose analgésica eficaz (onde o paciente atinge o estágio de menor dor ou ausência de dor). O aumento das doses dessas drogas, aumenta paralelamente o risco de efeitos adversos. Esses efeitos podem ou não desaparecer espontaneamente com o tempo de uso, porém necessitam de medicações adjuvantes com frequência para controle.

Ao se otimizar as doses dos opioides sem remissão da dor ou a presença de efeitos adversos pouco controlados com o uso de medicações, pode-se realizar a rotação dos opioides que consiste tanto na troca da via de administração de uma mesma medicação quanto na troca de um opioide por outro, sempre respeitando a equipotência analgésica das medicações (quadros 4 e 5).

Quadro 4 - Rotação de doses dos Opioides entre as Vias de Administração Oral e Parenteral.

OPIOIDE	VIA ORAL	VIA PARENTERAL
MORFINA	30mg	10mg
METADONA	20mg	10mg
OXICODONA	20-30mg	10-15mg

Fonte: Ancp, 2012. Elaborado pelo Autor. 2020.

Quadro 5 - Rotação de doses diárias de Morfina e doses diárias de Metadona.

DOSE DIÁRIA ORAL DE MORFINA	CORRELAÇÃO DE CONVERSÃO PARA METADONA
30 a 90 mg	4:1
91 a 300 mg	8:1
301 a 600 mg	10:1
601 a 800 mg	12:1
801 a 1000 mg	15:1
>1000 mg	20:1

Fonte: Wiermann Eg., 2014. Elaborado pelo Autor. 2020.

O ajuste das doses subsequentes de metadona deve ser feito no período de 5 a 7 dias para pacientes mais jovens, e 1 a 3 semanas para aqueles com mais de 75 anos. A dose diária subsequente deve ser ajustada em pequenos incrementos (p. ex.: 5 a 10 mg) levando-se em conta o que foi utilizado para dor irruptiva; quando a necessidade de resgate for de apenas 1 vez ao dia, a dose diária correta terá sido encontrada, devendo ser mantida enquanto o padrão de intensidade da dor permanecer inalterado (WIERMANN EG., 2014).

Quadro 6 - Rotação de Morfina para Oxidodona. * Comprimidos de 10, 20 e 40mg.

CONVERSÃO DE MORFINA PARA OXICODONA DE LONGA DURAÇÃO
1. Calcule a dose total diária de opioide • Ex.: 100 mg x 2 + 10 mg x 3 = 230 mg/24 h

(oral)										
2. Converta para oxicodona oral equivalente • 30 mg morfina oral = 20 mg oxicodona oral										
Dose Total Diária de oxicodona*	20	40	60	80	120	160	180	240		
Dose Total Diária de morfina	30	60	90	120	180	240	270	360		

Fonte: Wiermann Eg., 2014. Elaborado pelo Autor. 2020.

Nos 2 ou 3 dias seguintes à prescrição de oxicodona, a dose diária subsequente deve ser ajustada levando-se em conta as doses requeridas para dor irruptiva; quando a necessidade de resgate for de apenas 1 vez ao dia, a dose diária correta terá sido encontrada, devendo ser mantida enquanto o padrão de intensidade da dor permanecer inalterado. A dose de oxicodona capaz de proporcionar controle efetivo da dor pode variar de acordo com as características individuais. A dosagem mediana de oxicodona em pacientes com câncer é aproximadamente 150 mg ao dia (WIERMANN EG., 2014).

7.4 Coadjuvantes

As medicações coadjuvantes podem ser prescritas em qualquer degrau da escala de analgesia da OMS. Essas medicações são escolhidas dependendo da causa da dor. Os coadjuvantes podem ser desde analgésicos simples e anti-inflamatórios não hormonais até anticonvulsivantes e antidepressivos.

Quadro 7 - Doses de Medicamentos Coadjuvantes.

CLASSE FARMACOLÓGICA	MEDICAÇÃO	DOSE	INTERVALO
Corticoides	dexametasona	4 a 20mg/dia	1 vez ao dia
	metilprednisolon a	30 a 50mg	1 vez ao dia
Neurolépticos	haloperidol	2 a 5mg	2 a 3 vezes ao dia
	clorpromazina	25mg vo	1 vez ao dia
Ansiolíticos	clonazepam	0,5 a 6mg	1 vez ao dia
Agonista GABA	baclofeno	30 a 90mg	1 vez ao dia
Bisfosfonatos	alendronato	70mg	1 vez ao dia

Fonte: Ancp, 2012. Elaborado pelo Autor. 2020.

Os antidepressivos são bastante utilizados para dor neuropática sendo os tricíclicos e os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina os de primeira linha. Os anticonvulsivantes também são utilizados para dor neuropática, sendo a pregabalina o de primeira escolha. Essas medicações podem ser prescritas isoladas ou em associação.

Quadro 8 - Doses das Medicações Anticonvulsivantes.

MEDICAÇÃO	DOSE INICIAL	DOSE MÁXIMA	INTERVALO
GABAPENTINA	300MG A 900MG	3600MG/DIA	8/8 HORAS
CARBAMAZEPINA	200MG	1200MG/DIA	8/8 HORAS
PREGABALINA	150MG A 300MG	600MG/DIA	12/12 HORAS
LAMOTRIGINA	25 A 50MG	200-500MG/DIA	12/12 HORAS
FENITOÍNA	300MG	500MG	8/8 HORAS
TOPIRAMATO	25.MG/DIA	600MG/DIA	1 VEZ AO DIA

Fonte: Ancp, 2012; Wiermann Eg., 2014. Elaborado pelo Autor. 2020.

Quadro 9 - Doses das Medicações Antidepressivas.

CLASSE FARMACOLOGICA	MEDICAÇÃO	DOSE	INTERVALO
ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	AMITRIPTILINA	25 A 75MG	24/24HORAS
	NORTRIPTILINA	25 A 150MG	24/24HORAS
	IMIPRAMINA	10 A 75MG	24/24HORAS
INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA	SERTRALINA	50 A 200MG	24/24HORAS
	PAROXETINA	10 A 20MG	24/24HORAS
	CITALOPRAM	10 A 20MG	24/24HORAS
	ESCITALOPRAM	10 A 20MG	24/24HORAS
	FLUOXETINA	10 A 80MG	24/24HORAS
INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA E	VENLAFAXINA	150 A 225MG	24/24HORAS
	DESVENLAFAXIN A	50 A 100MG	24/24HORAS

NORADRENALINA	DULOXETINA	30 A 120MG	24/24HORAS
INIBIDOR DA RECAPTAÇÃO DE NOREPINEFRINA E DOPAMINA	BUPROPIONA	100 A 150MG	24/24HORAS

Fonte: Ancp, 2012. Elaborado pelo Autor. 2020.

Os AINEs, juntamente com os analgésicos, são drogas indicadas no tratamento da dor aguda e crônica leve, correspondendo ao primeiro degrau da escada analgésica da OMS. Os AINEs possuem ação antipirética, analgésica e anti-inflamatória por inibição na síntese de prostaglandinas e tromboxanos. O diclofenaco de sódio é uma droga de alta potência e o mais prescrito mundialmente, porém com alto índice de efeitos colaterais. A droga está disponível nas apresentações oral, tópica e adesivo, essa última apresentando maior segurança quanto aos efeitos adversos sistêmicos, porém sua eficiência não pode ser comparada à da forma oral. Visto que nenhum dos AINEs é completamente seguro quanto aos seus efeitos gastrointestinais, o uso concomitante de inibidores da bomba de prótons é indicado. Deve-se iniciar por doses baixas a fim de determinar a tolerância do paciente, com posterior ajuste da dose para maximizar a eficácia ou minimizar os efeitos adversos (OLIVÊNCIA AS. ET al., 2018).

7.5 Sedação paliativa

É a redução intencional do nível de consciência, contínua ou intermitente com o objetivo de controlar dor como causador de grave desconforto refratário ao tratamento convencional, presentes na evolução de doenças incuráveis e progressivas em fase terminal.

É aplicável a todos os pacientes internados com diagnóstico de estado final de doença grave, progressiva e incurável, com dor refratária ao tratamento, que causem grave desconforto ao paciente.

A sedação deve ser considerada e discutida entre os profissionais de saúde, paciente e sua família, diante de uma situação de grave sofrimento causado por dor refratária. As condições do paciente devem ser minuciosamente avaliadas. A decisão de sedar ou não envolve o nível da sedação (superficial ou profunda), a escolha da medicação e da dose (fluxograma 3).

Os benzodiazepínicos são considerados os medicamentos de primeira escolha na ausência de delírio. Eles devem ser administrados por via subcutânea ou venosa, em bolos intermitentes ou infusão contínua. O midazolam é o fármaco mais utilizado para sedação paliativa, sendo considerado medicamento de primeira escolha. A meia-vida de eliminação é curta (fator importante, principalmente na sedação intermitente), a dose é fácil de ser titulada,

pode ser combinado com outros medicamentos usados em cuidados paliativos e ainda pode ser administrado por via parenteral

A sedação de pacientes com delírio deve ser considerada apenas após tratamento com neurolépticos. Nos casos refratários, deve ser considerada associação de benzodiazepínicos e neurolépticos. Os neurolépticos utilizados são clorpromazina, levomepromazina e haloperidol. Outros medicamentos empregados são prometazina e escopolamina. Para pacientes com agitação intensa, pode ser usado barbitúrico ou propofol.

Quadro 10 - Doses de Drogas usadas em Sedação Paliativa.

MEDICAÇÃO	DILUIÇÃO E POSOLOGIA	RECOMENDAÇÕES
Midazolam	diluir em 50 ml de SF– administrar lentamente 5-10 mg SC ou EV (esta dosagem pode ser repetida a cada 1 - 2 hs) Midazolam contínuo 0.52.5mg/h SC ou EV	Se não apresentar efeito satisfatório com a dosagem de 20mg/h, optar pela associação de nova droga ou troca de sedativo
Levomepromazine ou clorpromazina	25mg SC ou EV, caso necessário administrar 50 mg após 2 hs. Levomepromazine 0.5/8 mg/h EV ou SC	pode ser utilizado em associação ou isoladamente
Fenobarbital	Fenobarbital em bolus 100-200 mg EV ou SC seguido de 40-60mg/h contínuo	Suspender os demais sedativos
Propofol	propofol 20-50 mg EV em bolus seguido de dose contínua 20 mg/h EV (dose máxima de 10mg/h)	Uso orientado por médico qualificado

Fonte: Ancp, 2012; Ferreira Sp, 2008.

8.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Dor refratária a medicamentos por via oral, necessitando de medicações parenterais de horário;
- Pacientes com efeitos adversos intoleráveis em uso de opioides e dor refratária à terapia proposta;
- Pacientes em cuidados paliativos evoluindo com dor necessitando de medicação parenteral;
- Pacientes em cuidados de fim de vida necessitando de sedação paliativa devido dor refratária a todos os tratamentos disponíveis para dor.

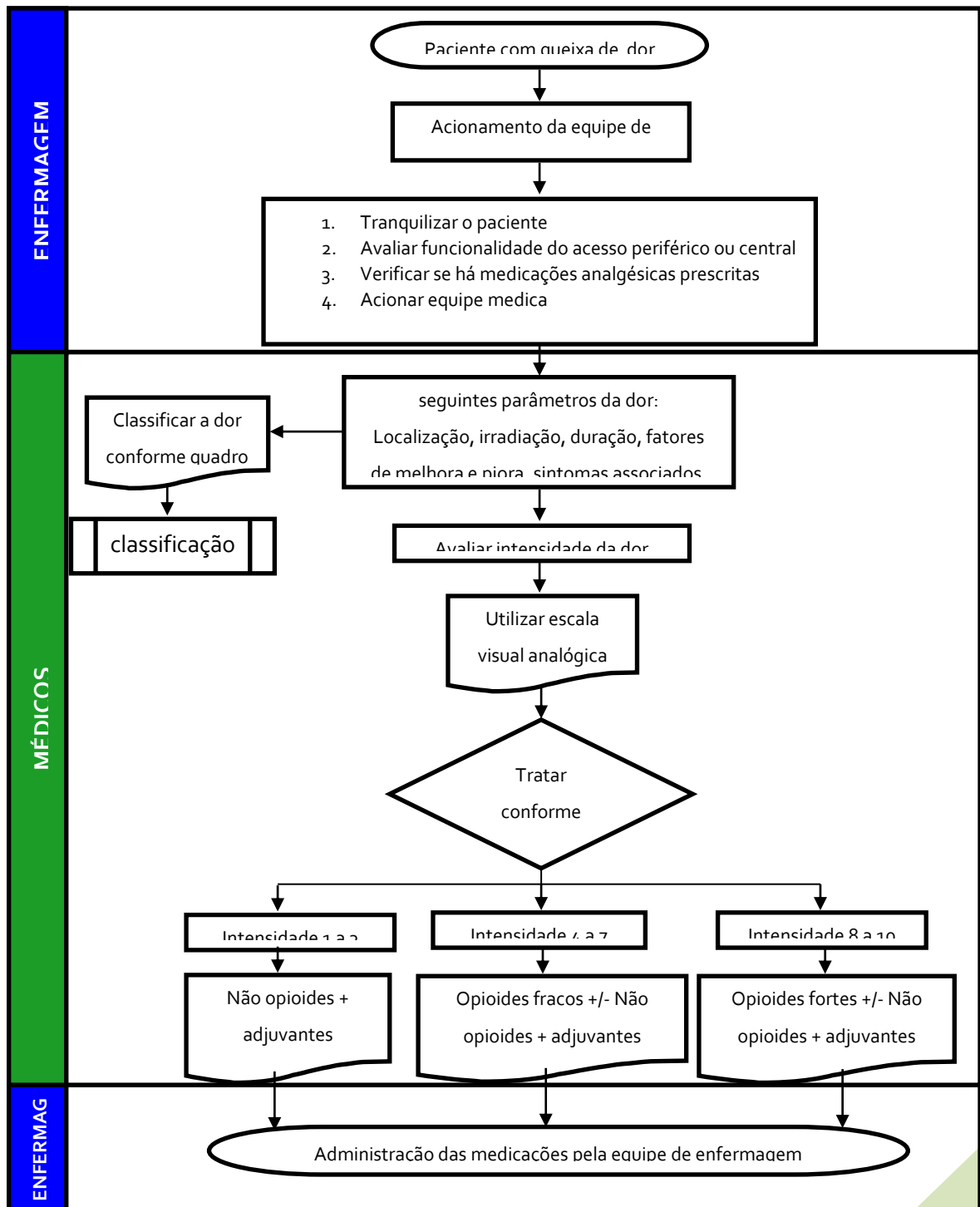
9.CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

- Analgesia insuficiente apesar do aumento de doses;
- Efeitos adversos intoleráveis (mesmo com dor controlada).

10.CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

- Pacientes com melhora completa da dor;
- Dor controlada com esquema de analgesia por via oral, sem necessidade de fazer resgates com medicações parenterais ;
- Pacientes cuja causa da dor não represente risco iminente de vida.

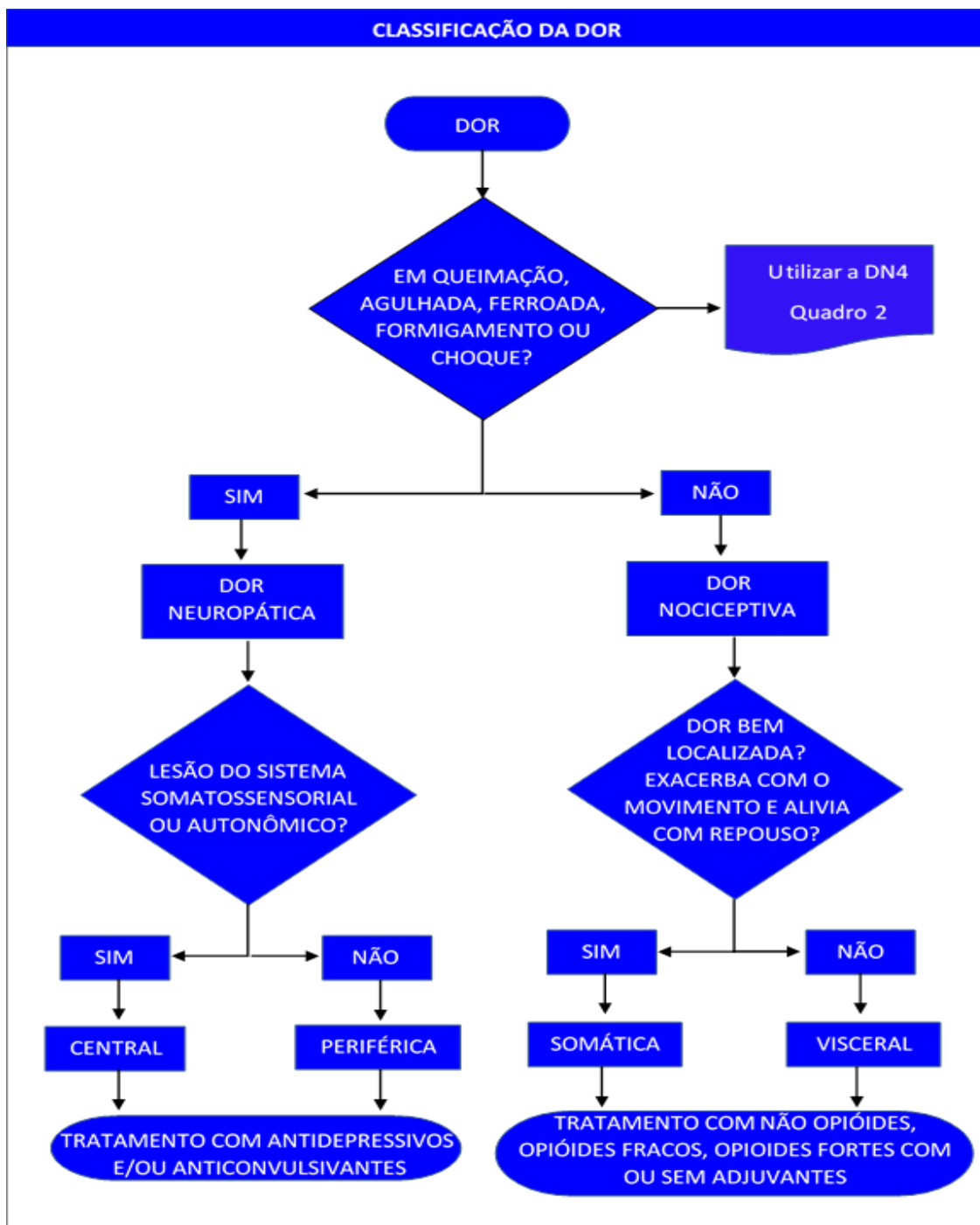
11.FLUXOGRAMAS



Fluxograma 1- Fluxo de Atendimento do paciente com dor.

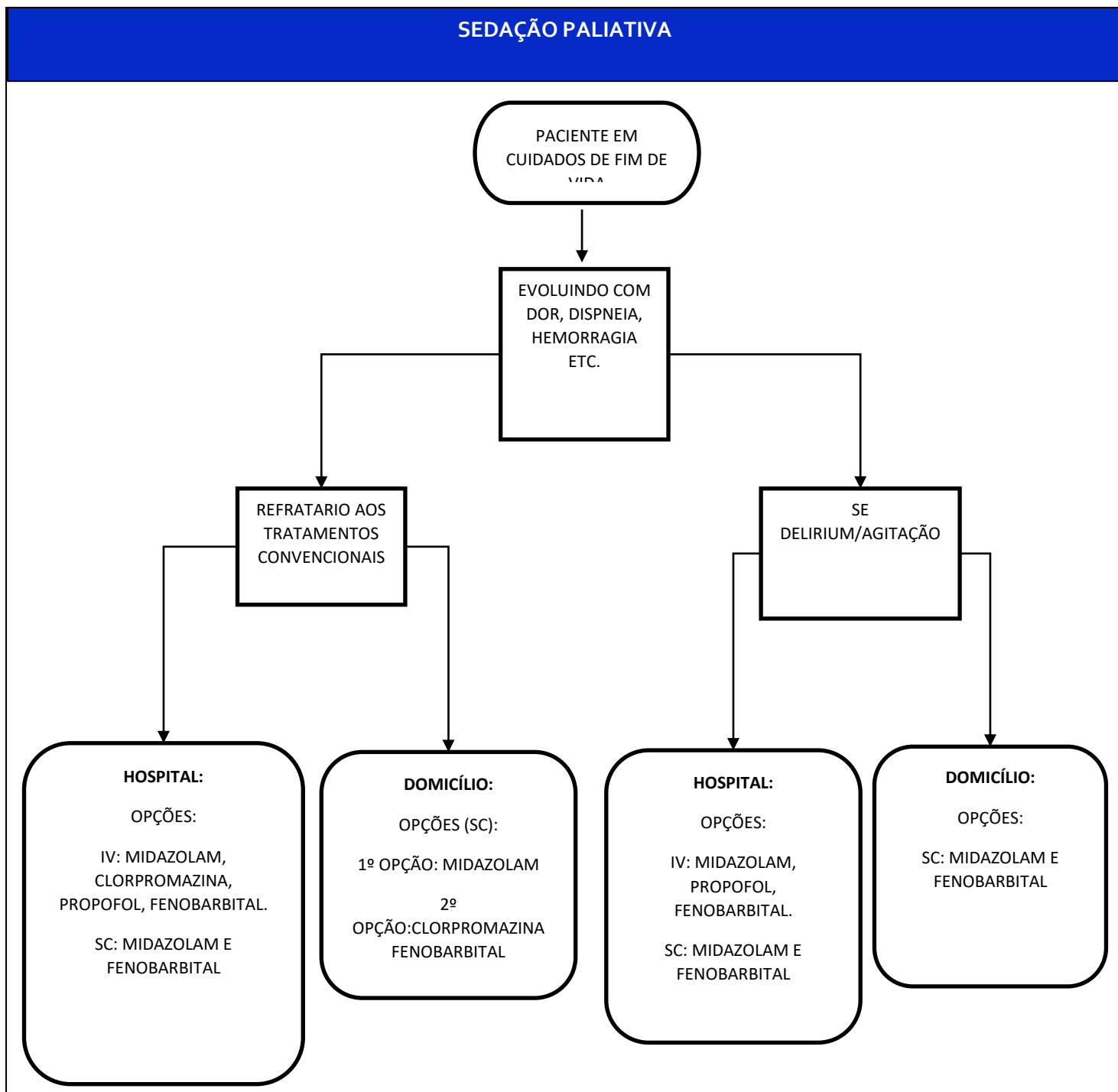
Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

Fluxograma 2 – Classificação da dor para Tratamento Adequado.



Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

Fluxograma 3 – Fluxo de Indução de sedação em pacientes em fase final de vida



com dor refratária.

Fonte: Elaborado pelo Autor. 2020.

12.MONITORAMENTO

Responsabilidades:

- Chefes de Unidade Assistencial: fornecerem dados de sua unidade de implementação do protocolo;
- SRAS / Estatística: fornecer os dados sobre taxas das unidades assistenciais e geral do HUIBB a que se refere esse protocolo;
- SGQVS compilar os dados fornecidos e divulgar relatórios da implantação e acompanhamento do protocolo.

Indicadores:

- Taxa de dor: (Nº de casos de dor/Nº de pacientes internados);
- Tempo médio de tratamento da dor: (Soma do número de dias de tratamento de todos os casos de dor à internação/ Nº de casos de dor);

13.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
00	00	00

12.REFERÊNCIAS

- I. CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. São Paulo: 2012.
- II. FERREIRA, G.D.; MENDONÇA, G.N. **Cuidados Paliativos: guia de bolso**, 1 ed. São Paulo: ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2017.
- III. FERREIRA, S.P. Sedação Paliativa. In: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)**. Cuidados paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 355 – 364.
- IV. MINISTERIO DA SAUDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica**. Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012.
- V. NOGUEIRA, F.L.; SAKATA, R.K. **Sedação Paliativa do Paciente Terminal**. Rev Bras Anesthesiol. São Paulo, vol 64, n 4, p. 580-592, 2012.

- VI. OLIVÊNCIA, S.A. et al. **Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos**: Revisão integrativa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, Vol 21, n 3, p. 383-393, 2018
- VII. RANGEL, O.; TELLES, C. **Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos**. Ano 11. Rio de Janeiro: Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2012.
- VIII. WIERMANN, E.G. Et al. **Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer**. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. São Paulo, Vol. 10, no 38, p. 132-143. 2014.
- IX. MACHADO, F.C. Et al. **Uso da buprenorfina na dor aguda pós-operatória: revisão sistemática**. Revista brasileira de anestesiologia. São Paulo, vol. 70, n 04, p. 419-428. 2020.
- X. DAVIS, M.P.; GAVRIL, P.; BERTRAND, B. **Treating chronic pain: an overview of clinical studies centered on the buprenorphine option**. Drugs. New York, Vol. 78, P. 1211–1228. 2018.

<p>Elaboração Diego de Jesus Silva - Médica Residente de Clínica Médica do HUIBB</p>	<p>Data: 11/03/2020</p>
<p>Validação Lourival Rodrigues Marsola – Médico/ Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. SGQVS Edna Cristina Vieira Conceição – Enfermeira/SGQVS</p>	<p>Data: 09/02/2021</p>
<p>Aprovação Regina Fátima Feio Barroso - Superintendente do CHU-UFPA</p>	<p>Data: ____/____/____ Conforme SEI nº</p>

	XXXX.
--	-------

MANEJO DA CRISE HIPERTENSIVA (URGÊNCIA HIPERTENSIVA)

1.SIGLAS E CONCEITOS:

HAS: Hipertensão Arterial sistêmica

CH: Crise Hipertensiva

UH: Urgência(s) Hipertensiva(s)

EH: Emergência(s) Hipertensiva(s)

LOA: Lesão de Órgão Alvo Aguda

HUJBB: Hospital Universitário João de Barros Barreto

UCM: Unidade de Clínica Médica

FC: Frequência Cardíaca

PA: Pressão Arterial

PAS: Pressão Arterial Sistólica

PAD: Pressão Arterial Diastólica

PAM: Pressão Arterial Média

DC: Débito Cardíaco

RVP: Resistência Vascular Periférica

VS: Volume Sistólico

FSC: Fluxo Sanguíneo Cerebral

PPC: Pressão de Perfusão Cerebral

RCV: Resistência Cerebrovascular

IECA: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

BRA: Bloqueadores de Receptor de Angiotensina AT1

BCC: Bloqueador dos Canais de Cálcio

ECG: Eletrocardiograma

LDH: Desidrogenase Láctica

RNM: Ressonância Nuclear Magnética

2.OBJETIVO

Adequar a abordagem clínica da UCM conforme preconizado nas diretrizes e nos trabalhos mais recentes em relação ao diagnóstico de Crise Hipertensiva e o tratamento de Urgência Hipertensiva.

3.JUSTIFICATIVA

Há uma prevalência de 25-30% da população brasileira e americana com hipertensão arterial sistêmica crônica (HAS), sendo que 1-2% de todos os hipertensos apresentam 1 crise hipertensiva (CH) durante sua vida. Trabalhos epidemiológicos chegam a relacionar as crises hipertensivas com 5 a cada 1000 atendimentos de urgência revelando o potencial alto custo dessa condição para o sistema de saúde

As crises hipertensivas são divididas em urgências hipertensivas (UH), Emergências Hipertensivas (EH) e Pseudocrise Hipertensiva, onde a diferença conceitual e consensual é a presença de lesão de órgão alvo (LOA) nas EH enquanto as UH seriam apenas elevações severas da pressão arterial. Porém esse conceito inicial sofre alterações com o tempo e com o aumento do número de evidências, que continuam precárias. Enquanto a pseudocrise hipertensiva seria uma condição outra que produziu aumento severo da PA como ansiedade, dor ou outro processo associado ao aumento da PA, sendo nesses casos a hipertensão consequência não de um processo errático da regulação dos níveis pressóricos, mas uma resposta fisiológica a um estado de humor, agressão ou outra condição que promova estímulo do aumento da PA. A urgência hipertensiva corresponde a 75-70% de todos os casos de crise hipertensiva e que é tratada de forma intempestiva ou incorreta na maioria dos casos.

O conceito das UH os baixos níveis de evidências colocam situações controversas ao redor do mundo, tanto quanto ao nível pressórico, quanto em relação a presença ou não de sintomas, esse cenário contribui para erros diagnósticos e de condução dos casos apresentados. O nível da pressão arterial para a classificação de UH varia entre os autores, a sociedade europeia considera o estágio 3 (pressão arterial sistólica: >180mmHg ou diastólica > 110mmHg), outros consideram apenas a pressão diastólica como definidora de crise hipertensiva e a maioria dos autores utiliza o corte de PAD > 120mmHg.

Quanto a presença de sintomas a maioria dos autores não determina a necessidade de sintomas para estabelecer diagnóstico de UH, porém a diretriz brasileira considera UH a presença de sintomas juntamente com o nível pressórico diastólico. Assim os sintomas podem

acompanhar ou não os níveis elevados de PA sem lesão de órgão alvo, sendo os sintomas mais comuns cefaleia, ansiedade extrema e epistaxe.

O termo Emergência hipertensiva vem substituir e complementar o termo hipertensão maligna, pois além das alterações arteriais em órgão alvo (cérebro, coração, rins e artérias) com coagulação intravascular disseminada (hipertensão maligna), ele também engloba condições onde a PA, mesmo que não elevada aos níveis convencionados, precisa ser reduzida por uma comorbidade do paciente (Dissecção de aorta, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca aguda), também aquelas ligadas ao feocromocitoma com lesão de órgão alvo e aquelas ligadas a gravidez. Pela grande variabilidade de situações e de fisiopatologia as EH precisam de uma discussão específica para cada complicação e lesão específica de órgão alvo.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) possui elevado número de pacientes com múltiplas comorbidades, sendo uma população de risco para o desenvolvimento de crises hipertensivas e de pseudocrise hipertensiva, como já relatado, possuindo essa condição potencial grande custo socioeconômico, psicológico e orgânico, justificando assim a elaboração deste protocolo para facilitar a adequada identificação e abordagem aos pacientes internados na unidade de clínica médica (UCM) do HUIBB com CH.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

- **Inclusão:**

- Paciente que apresente elevação da PAD \geq 120 mmHg.

- **Exclusão:**

- Paciente com idade igual ou inferior a 12 anos e 364 dias;

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Profissionais do HUIBB		Devem seguir as recomendações deste documento.
Administração hospitalar	Apoiar a implementação destas recomendações bem como garantir recursos técnicos, humanos e materiais para sua implementação e execução.	
Gerência de Assistência à Saúde	Apoiar a implantação destas recomendações bem como garantir os recursos técnicos, humanos e materiais para sua	

	execução.
Divisão de Cuidados	Monitorar por meio de indicadores de resultado e de processo a eficiência das recomendações contidas neste documento.
Chefes de Unidade	Assegurar a adesão dos profissionais bem como reforçar a implantação das recomendações contidas neste documento. Participar dos treinamentos para cumprimento destas recomendações.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Apoiar a implementação destas recomendações e garantir a revisão da padronização dos medicamentos disponíveis no hospital.
Serviço de Farmácia	Coordenar junto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica a revisão periódica da padronização dos medicamentos vinculados a esse protocolo. Informar a disponibilidade dos medicamentos às unidades assistenciais.
Médicos (as)	Seguir o protocolo e seus fluxos quando houver suspeita ou diagnóstico de crise hipertensiva dentro da unidade hospitalar.
Enfermagem	Realização de ação de cuidados de enfermagem e administração de medicamentos, conforme prescrito e acionar a equipe médica quando itens prescritos não puderem ser utilizados.

6.FISIOPATOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO DAS CRISES HIPERTENSIVAS

A pressão arterial (PA) é o produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP), sendo o débito cardíaco o produto da frequência cardíaca (FC) e do Volume sistólico (VS), podendo a PA ser expressa das duas formas:

$$\mathbf{PA=DC \times RVP}$$

$$\mathbf{PA=FC \times VS \times RVP}$$

Havendo aumento do volume intravascular ou da RVP haverá aumento da PA, os mecanismos de aumento da RVP estão relacionados a secreção de renina, controlada pelos rins, que promove a liberação de angiotensina I e conseqüentemente aumento de angiotensina II que possui efeito vasoconstritor levando ao aumento da RVP e conseqüentemente da PA. Em pacientes com hipertensão primária não complicada o aumento da expressão do eixo renina-angiotensina-aldosterona é o mecanismo comum, no processo de crise hipertensiva ocorre aumento dessa estimulação, levando a vasoconstrição, com lesão vascular e isquemia tecidual, o que leva ao aumento da liberação de renina e se estabelece um ciclo vicioso. Além do processo de isquemia algumas citocinas inflamatórias, provenientes do endotélio vascular, ajudam a perpetuar o ciclo.

Outro mecanismo de aumento da PA envolve um desvio para direita do processo de natriurese. Naturalmente a natriurese é estimulada pela elevação da PA, em um hipertenso crônico a natriurese é estimulada apenas com elevações mais altas da PA, fazendo com que haja excesso de sódio no organismo o que promove aumento da volemia, além de estimular a contração do musculo liso levando a vasoconstrição e de aumentar a lesão em órgão alvo.

Quando esse mecanismo é somado a dieta ocidental rica em sal, se transforma em um importante fator de hipertensão. Crises hipertensivas ligadas a lesões renais, e desregulação da aldosterona possuem mecanismo por aumento de sódio e não por aumento de renina, além da ingesta elevada de sódio poder estar relacionada com o aparecimento de UH.

A regulação da PA também passa pelo controle do sistema nervoso autônomo, principalmente do sistema nervoso simpático com liberação de catecolaminas nas interações neurônios-órgãos. As catecolaminas vão realizar, por meio dos receptores adrenérgicos, diversas transformações, além de produzir vasoconstrição pela ação direta nos vasos a resposta simpática também promove aumento da secreção de renina de forma direta através dos receptores beta-1 e aumentam a reabsorção de água e sódio por estímulo de receptores alfa-1.

Outrossim a estimulação simpática na artéria renal promove diminuição do fluxo renal e com isso uma resposta renal para aumentar a resposta adrenérgica perpetuando a resposta simpática. Essa resposta perpetuada produz a aumento do consumo de oxigênio e arritmias

cardíacas, aumento da resistência insulínica e ativação de células T com consequente aterosclerose. Esse mecanismo tem sido alvo de estudos em terapia de hipertensão arterial de difícil controle com ablação do feixe simpático aferente renal via artéria renal, produzindo resultados promissores até o momento. Nas CH esse feedback vicioso coparticipa no processo de elevação pressórica e na lesão de órgão alvo.

Essa adaptação renal aos níveis pressóricos elevados também ocorre no território cerebral, sendo o fluxo sanguíneo cerebral (FSC) extremamente importante para a estabilidade fisiológica do órgão. O FSC é diretamente proporcional à pressão de perfusão cerebral (PPC) e inversamente proporcional à resistência cerebrovascular (RCV), sendo a PPC a diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a pressão venosa, podendo então o FSC demonstrado matematicamente pelas equações:

$$\mathbf{FSC = PPC/RCV}$$

$$\mathbf{FSC = (PAM - Pressão venosa) /RCV}$$

Sendo a pressão venosa considerada desprezível, na maioria das vezes, temos que o fluxo sanguíneo cerebral é totalmente dependente da PAM

$$\mathbf{FSC = PAM/RCV}$$

Naturalmente quando acontece aumento da PA ocorre alterações compensatórias na RCV e com isso uma estabilidade do FSC, fazendo com que haja um intervalo de PA onde não ocorrerá sintomas, sendo os sintomas de hiperfluxo cerebral ocorrendo acima desse intervalo e os de isquemia ocorrendo abaixo desse intervalo.

Em um hipertenso crônico o intervalo de manutenção do fluxo está deslocado para a direita, tanto em seu limite inferior quanto em seu limite superior, fazendo com que esses indivíduos apresentem sintomas apenas com níveis de PA mais elevados. Quando o mecanismo de manutenção da hipertensão é relacionado a vasoconstrição e controle de sódio a acomodação da autorregulação parece ocorrer de forma muito mais lenta do que quando há aumento do feedback com o eixo renina-angiotensina-aldosterona entendendo que os mecanismos vasculares envolvidos são fortemente influenciados por esse mecanismo.

A fisiopatologia da hipertensão e suas adaptações são de fundamental importância para a escolha de medicação, alvos pressóricos e tempo de acompanhamento sendo que algumas evidências facilitadoras nessas escolhas.

Como dito acima o principal mecanismo fisiopatológico das crises hipertensivas está relacionado aos mecanismos envolvendo a Renina. As drogas que agem diretamente na regulação da renina possuem controle pressórico de forma efetiva, modulam negativamente a

autorregulação do FSC e manutenção de melhores níveis pressórico em relação a drogas que atuam diretamente na vasodilatação e na volemia. O uso de Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)/ dos bloqueadores de receptor de angiotensina AT1 (BRA), dos betabloqueadores com bloqueio beta 1, se mostraram mais efetivos no tratamento de crises hipertensivas, principalmente nas encefalopatias hipertensivas e da hipertensão maligna, em monoterapia do que com uso de diuréticos associados. Diuréticos e vasodilatadores estimulam o aumento dos níveis de renina produzindo efeito reverso no controle pressórico.

O uso de bloqueadores do canal de cálcio (BCC) que produzem queda acentuada da PA arterial, como o Nifedipino sublingual, está proscrito para tratamento de urgências hipertensivas, sendo seu uso possível em poucas situações. A queda de forma abrupta da pressão arterial sem mudança na autorregulação cerebral promove isquemias, com pacientes não suportando o tratamento, em pacientes que já possuem algum grau de angina ou de hipertrofia de ventrículo esquerdo o risco de infarto do miocárdio foi relatado, pela combinação de vasodilatação e de estimulação do tonos simpático com aumento da frequência cardíaca. O Nifedipino via oral é considerado pouco efetivo em comparação as outras opções via oral principalmente quanto ao controle a longo prazo da hipertensão, fazendo com que a utilização dele não seja mais recomendada nas UH.

7.CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO

Este protocolo irá utilizar a classificação de crise hipertensiva caracterizado como na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Que diferencia das seguintes formas urgência e emergência hipertensiva (UH e EH).

“As UH são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) sem LOA aguda e progressiva” (Diretriz brasileira de HAS).

“As EH são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) com LOA aguda e progressiva” (Diretriz brasileira de HAS).

Sendo assim este protocolo clínico prioriza a seguinte abordagem nas crises hipertensivas.

Em todo paciente em que ocorrer PA diastólica acima de 120mmHg obrigatoriamente deve sugerir abordagem médica com investigação clínica complementar para diagnóstico da crise hipertensiva e observação dos sinais e sintomas, bem como a solicitação subsequente da

investigação laboratorial, para avaliação da existência de lesão de órgão alvo, conforme necessidade e disponibilidade.

Tabela 1 – Avaliação de Lesão de Órgão Alvo na Crise Hipertensiva.

Sistema	Sinais e sintomas	Exames complementares
Cardiovascular	Dor torácica, abdominal ou dorso. Dispneia, fadiga e tosse. Verificação da FC, ritmo, alteração do Pulso. Alteração da ausculta cardíaca. Estase jugular, Congestão pulmonar, abdominal ou periférica.	ECG, Monitorização eletrocardiográfica, saturação de O ₂ , radiografia de tórax, ecocardiograma, marcadores de necrose miocárdica, hemograma, LDH, angiotomografia, RNM.
Nervoso	Tontura Cefaleia Alteração da visão, audição ou fala. Alteração do nível de consciência ou coma. Agitação delírio ou confusão. Déficits focais. Rigidez de nuca. Convulsões.	Tomografia de Crânio RNM de crânio Punção lombar
Renal e Genito-urinário	Alteração no volume ou na frequência urinário Alteração do aspecto da urina Hematúria Edema Desidratações Massas e sopros abdominais	EAS, Creatinemia, Ureia sérica, sódio, potássio, cloro, gasometria arterial.
Fundoscopia	Papiloedema	Sem necessidade de

	Hemorragias Exsudatos Alterações dos vasos como espasmos, cruzamentos arteriovenosos patológicos, espessamento da parede arterial e aspecto em fio de prata ou cobre.	complemento.
--	---	--------------

Fonte: VII diretriz Brasileira de Hipertensão. FC: Frequência cardíaca, ECG: eletrocardiograma, LDH: Desidrogenase láctica, RNM: Ressonância nuclear magnética.

Se for estabelecido ou suspeita lesão de órgão alvo a abordagem deve seguir protocolos específicos direcionados a cada tipo de emergência hipertensiva.

Quando o diagnóstico de UH for estabelecido recomendamos que seja avaliado alguns critérios para a melhor conduta baseados na diretriz brasileira de hipertensão e nos trabalhos mais recentes sobre o tema.

Em pacientes com histórico conhecido de aneurisma de aorta ou cerebral, com história de dissecação de aorta ou insuficiência cardíaca o controle pressórico pode ser feito como uma emergência hipertensiva de acordo com a presença dos sintomas mesmos com PAD < 120mmHg, sendo então a estratégia regida por protocolo específico para cada condição.

É possível encontrar em alguns documentos a recomendação de manutenção da PAS abaixo de 160mmHg e a PAD abaixo de 100mmHg nas 24-48h após o início do tratamento anti-hipertensivo, essa recomendação foi uma convenção estabelecida de forma arbitrária, sem nenhuma justificativa baseada em evidência para os pacientes que após uma crise hipertensiva precisam de redução abrupta da PA, porém em nenhum trabalho ou recomendação aparece a presença dessas medidas como sendo recomendadas para manutenção de pacientes em enfermaria ou ambulatório, juntamente com os dados mais recentes mostrando que os riscos para eventos cardiovasculares desses pacientes é baixo mesmo quando tratados de forma ambulatorial, não utilizaremos essa recomendação no trabalho, sendo os níveis desejados após 24-48h apenas mais baixos que o de 120mmHg para PAD.

Os estudos mais recentes sobre urgência hipertensivas tem mostrado que não há grande risco cardiovascular envolvido a curto prazo, apesar de um potencial risco a lesão de órgão alvo quando não há tratamento, um estudo realizado por Patel e Cols em 2016, com 58535 pacientes não mostrou diferença entre as urgências hipertensivas tratadas em consultório e as tratadas no

departamento de urgência e emergência, sendo que quando encaminhado para o departamento de emergência existiu maior risco de internação desnecessária. Outro estudo realizado com 1016 pacientes, por Levy em 2015, demonstrou que não há diferença em tratar ou não pacientes com altos níveis de PA de forma aguda, não tendo diferenças em número de retornos ao médico em 24h e em 30 dias, e não houve diferença de mortalidade em 30 dias ou em 1 ano.

No mesmo nível de evidência relacionada a recomendação anterior e pelo potencial dano ao paciente provocado por uso de medicações sem embasamento teórico ou estatístico este protocolo contraindica a utilização de medicações anti-hipertensivos ditas de resgate, prescritas de forma a pular a etapa de avaliação do paciente com PA arterial elevada, mesmo sendo em níveis de PAD ≥ 120 mmHG, pois não vai de acordo com as boas práticas clínicas.

O paciente que fecha critério para UH precisa ser avaliado em relação a existência ou não de diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS), A maioria das UH acontecem nos pacientes já com diagnóstico prévio e com não aderência ao tratamento, mas também existem situações, menos frequentes, onde o paciente com boa aderência apresenta crise hipertensiva, uma quantidade menor ainda ocorre em pacientes sem diagnóstico prévio, onde a crise marca o diagnóstico de HAS.

Não estando em grupo de risco a urgência hipertensiva deve ser abordada com o objetivo de tirar o paciente do nível pressórico PAD ≥ 120 mmHG em 24-48h, sendo que os níveis de hipertensão devem ser avaliados a cada 7 dias para ajuste da dose da medicação e seguimento como hipertenso crônico.

Para a escolha racional do anti-hipertensivo nas UH , o tratamento parte do entendimento de que o paciente com Urgência hipertensiva é classificado como portador de hipertensão estágio 3 onde o tratamento é direcionado a um paciente com alto risco cardiovascular independente da presença de fatores de risco (Tabela 2 e 3), deve seguir a restrição de sal na dieta e a mudança de estilo de vida associada a utilização de uma combinação medicamentosa de duas drogas inicialmente em dose baixa.

Tabela 2 – Classificação de Hipertensão segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109

Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
-----------------------	------	------

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. PAS: Pressão arterial sistólica, PAD: Pressão arterial diastólica.

Tabela 3 – Classificação de risco de acordo com os níveis pressóricos e fatores de risco segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão

Fator de Risco	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 81-89	HAS estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 90-99	HAS estágio 3 PAS ≥180 ou PAD ≥110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC, DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. PAS: Pressão arterial sistólica, PAD: Pressão arterial diastólica, LOA: Lesão de órgão alvo, DCV: Doença cardiovascular, DRC: Doença renal crônica, DM: Diabetes Mellitus.

Os IECA, BRA, BCC e Diuréticos tiazídicos são as drogas recomendadas para o início do tratamento anti-hipertensivo, que nas situações de alto risco, devem ser iniciados em doses baixas e associados entre si, sendo a combinação IECA e BRA proscrita para o tratamento anti-hipertensivo. A associação de IECA + Anlodipino mostrou superioridade em relação ao IECA + Hidroclorotiazida no estudo ACCOMPLISH, com diminuição do risco de eventos cardiovasculares em pacientes com alto risco cardiovascular tornando essa a principal associação recomendada na UH tanto para os pacientes virgens de tratamento quanto aqueles em que já há diagnóstico e uso de medicação prévia.

Quando o uso de IECA não for possível, tendo em vista a natureza renovascular da crise hipertensiva, o uso dos bloqueadores de receptores de angiotensina II (BRA) seria a primeira

escolha pra substituição, caso não possa ser utilizado BRA o uso de betabloqueadores deve ser opção para inibição da renina (propranolol, atenolol, Carvedilol, Nebivolol, Bisoprolol ou Metoprolol) pacientes já com IC tem vantagens na associação de fármacos seletivos que comprovadamente diminuam mortalidade Carvedilol, Nebivolol, Bisoprolol ou Succinato de Metoprolol.

Quando o Anlodipino não puder ser utilizado a opção principal é o uso de clortalidona, sendo a hidroclorotiazida uma associação menos eficiente e com menor redução do risco de eventos cardiovasculares. Quando não for possível o uso dos tiazídicos devem ser utilizados vasodilatores diretos ou uso de fármacos de ação central (Ex: Hidralazina e Metildopa)

Além da correta escolha da associação das medicações, uma abordagem correta do paciente já hipertenso crônico em uso de medicação anti-hipertensiva deve ser a avaliação da aderência ao tratamento prévio, podendo então a tentativa de buscar a associação recomendada assim como a tentativa de otimização das drogas para os pacientes com boa aderência, enquanto que naqueles sem uso da medicação a tentativa de iniciar a associação em doses baixas mais racional já que não havia tratamento prévio.

A Tabela 4 mostra as principais estratégias recomendadas para o tratamento dos pacientes com UH.

Tabela 4 – Medicações Anti-Hipertensivas, suas Classes e posologias recomendadas.

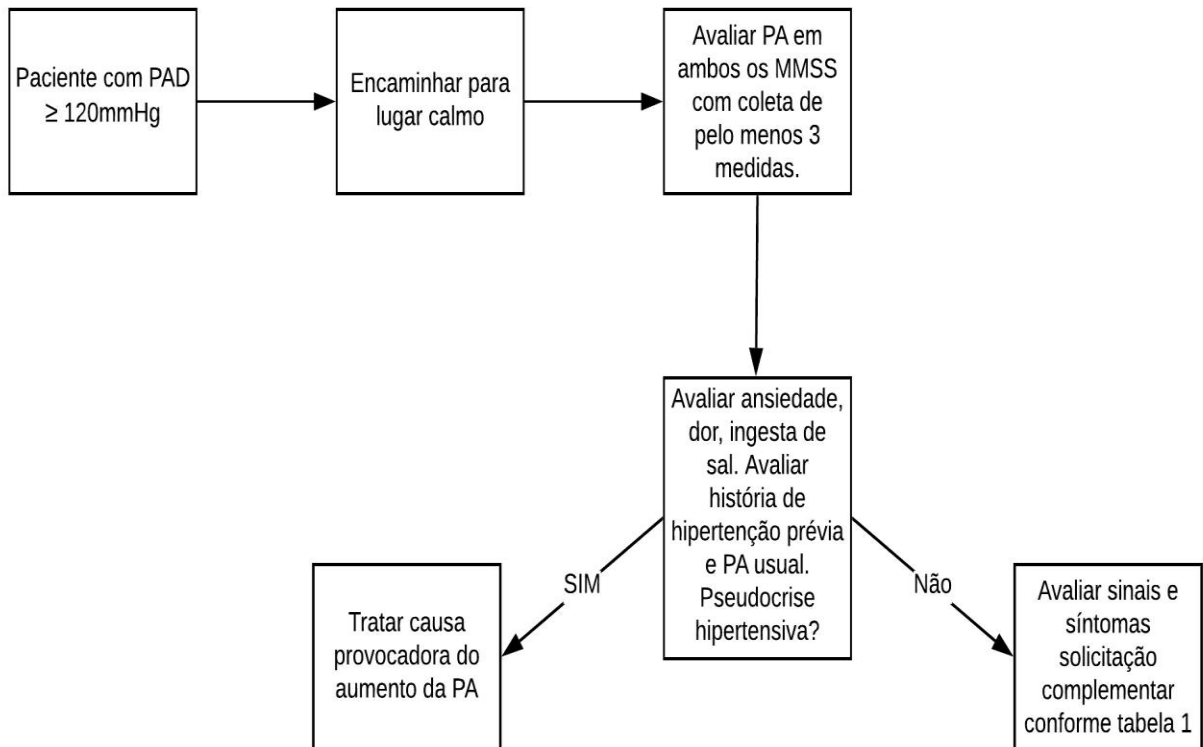
NOME	CLASSE	POSOLOGIA	POSOLOGIA
------	--------	-----------	-----------

		INICIAL	OTIMIZADA
CAPTOPRIL	IECA	25MG 12/12H	50MG 8/8H
ENALAPRIL	IECA	10MG 1X AO DIA	20MG 12/12H
LOSARTANA	BRA	25 MG 12/12H	50MG 12/12H
OLMESARTANA	BRA	20MG 1X AO DIA	40MG 1X AO DIA
ANLODIPINO	BCC	5MG 1X AO DIA	10MG 1X AO DIA
HIDROCLOROTIA ZIDA	TIAZIDICO	12,5MG 1X AO DIA	25MG 1X AO DIA
CLORTALIDONA	TIAZIDICO	12,5 MG 1X AO DIA	25 MG 1X AO DIA
ATENOLOL	Beta-Bloqueador	25MG 12/12H	50MG 12/12H
PROPANOLOL	Beta-Bloqueador	40MG 2 X AO DIA	80MG 3X AO DIA
CARVEDILOL	Beta-Bloqueador	6,25MG 12/12H	25MG 12/12H
NEBIVOLOL	Beta-Bloqueador	5MG 1X AO DIA	5MG 1X AO DIA
SUCCINATO DE METOPROLOL	Beta-Bloqueador	50MG 1X AO DIA	200MG 1X AO DIA
BISOPROLOL	Beta-Bloqueador	5MG 1 X AO DIA	20MG 1X AO DIA
HIDRALAZINA	VASO DILATADOR	25MG 2X AO DIA	50MG 2X AO DIA
METILDOPA	AÇÃO CENTRAL	500MG	1500MG
ESPIRONOLACTO NA	ANTAGONISTA DE ALDOSTERONA	25MG 1X AO DIA	100MG 1X AO DIA

Fonte: Elaborado pelo Autor.2020.

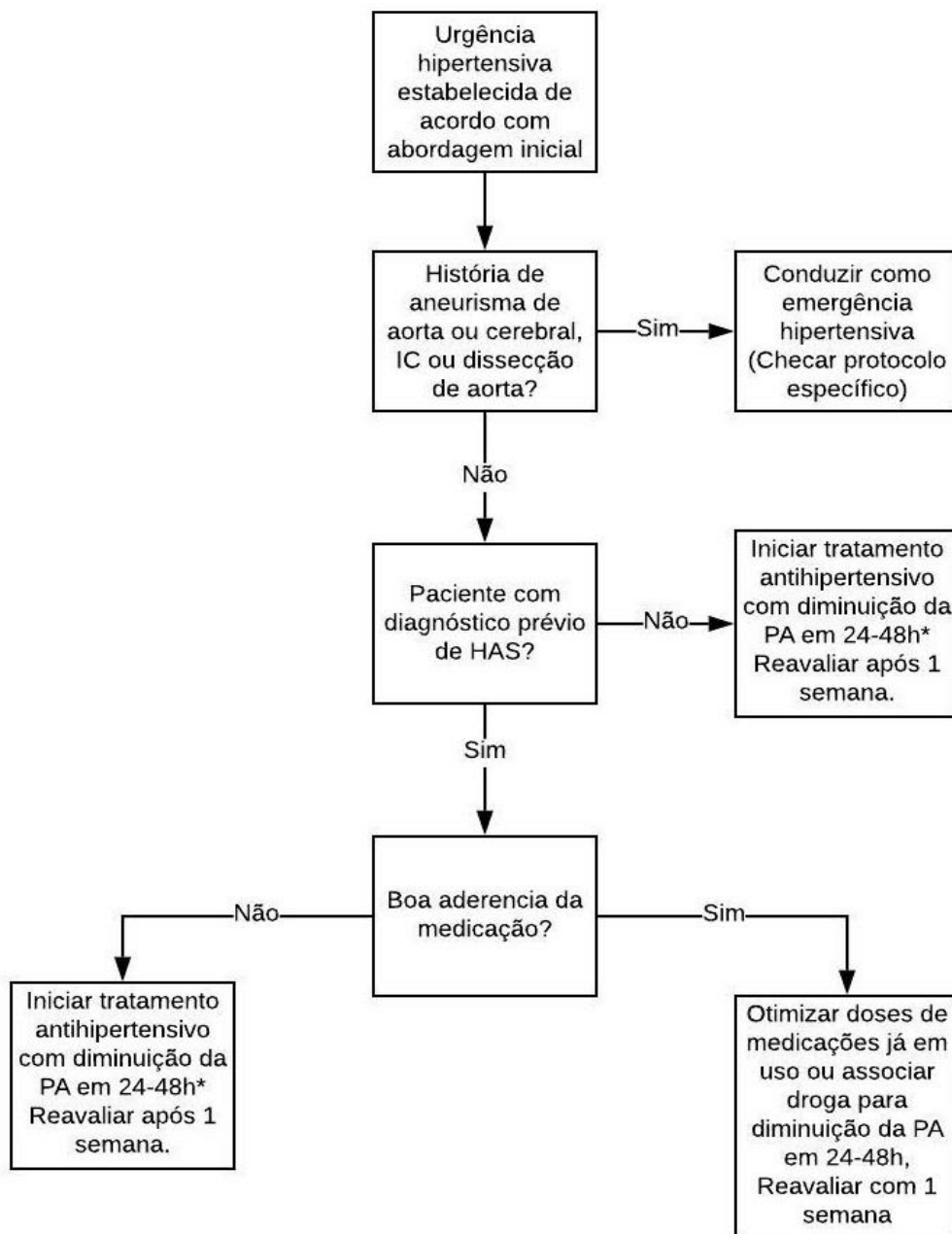
8.FLUXOGRAMAS

8.1 Fluxograma 1 – Avaliação Inicial da Crise Hipertensiva



Fonte: Elaborado pelo Autor. 2020.

8.2 Fluxograma 2 – Racional Sobre a escolha do Tratamento na Urgência e Emergência.



Fonte: Elaborado pelo Autor. 2020.

9.MONITORAMENTO

Responsabilidades:

- Chefes de Unidade Assistencial: fornecer o questionário do protocolo à equipe médica da clínica médica do HUIBB, além de instruí-los sobre a importância de seguir o protocolo estabelecido.

- SRAS / Estatística: fornecer os dados sobre taxas das unidades assistenciais e geral do HUIBB a que se refere esse protocolo;
- SGQVS compilar os dados fornecidos e divulgar relatórios da implantação e acompanhamento do protocolo.

Indicadores:

- Taxa de mortalidade relacionada a Crise Hipertensiva (Nº de óbitos por crise hipertensiva/ nº total de pacientes com crise hipertensiva);
- Taxa de Crise Hipertensiva: (Nº de casos de Crise Hipertensiva / Nº de pacientes internados).

10.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
00	00	00

11.REFERÊNCIAS

- I. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol.ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.
- II. European Society of Cardiology. **2018 ESC/ESH Guidelines For The management Of Arterial Hypertension**. European Heart Journal (2018) 00, 1–98.
- III. MAN, DL, et al. **Braunwald Tratado De Doenças Cardiovasculares**. 10ªed. Elsevier. 2018.
- IV. CARDOSO, ME. **Emergências Hipertensivas**. Revista **HUPE**, Rio de Janeiro, 2013;12(3):66-77.
- V. FRITZ, RB; et al. **Antihypertensive Action Of Propranolol**. The American Journal of CARDIOLOGY volume 32, 1973

- VI. YAN, Y; et al. **Appropriate Regulation Of Human Renin Gene Expression And Secretion In 45-Kb Human Renin Transgenic Mice.** American Heart Association Journals, 1998.
- VII. Levy, PD; et al. **Blood Pressure Treatment And Outcomes In Hypertensive Patients Without Acute Target Organ Damage: A Retrospective Cohort.** American Journal of Emergency Medicine, S0735-6757(15)00457-X, 2015.
- VIII. Patel, KK; et al. **Characteristics And Outcomes Of Patients Presenting With Hypertensive Urgency In The Office Setting.** JAMA Intern Med. 2016;176(7):981-988.
- IX. VARON, J; MARIK, PE. Clinical Review: **The Management Of Hypertensive Crises.** Critical Care October 2003 Vol 7 No 5.
- X. SALGADO, RB; SILVA, E; VINCENT, JL. **Control Of Hypertension In The Critically Ill: A Pathophysiological Approach.** Annals of Intensive Care 2013, 3:17
- XI. CIFU, AD; DAVIS, AM. **Prevention, Detection, Evaluation, And Management Of High Blood Pressure In Adults.** JAMA Clinical Guidelines Synopsis, 2017.
- XII. PRAXEDES, JN; et al. **Encontro Multicêntrico Sobre Crises Hipertensivas.** Hipertensão, volume4, número1, 2001.
- XIII. PASSARELLI, OJ; PÓVORA, R; et al. **Emergências Hipertensivas Na Prática Clínica.** Segmento Farma, 1ª Ed, São Paulo, 2009.
- XIV. HANDLER, J; et al. Hypertensive Urgency. **The Journal Of Clinical Hypertension.** VOL. 8 NO. 1 JANUARY 2006,
- XV. Pinna G, Pascale C, Fornengo P, Arras S, Piras C, et al. **Hospital Admissions For Hypertensive Crisis In The Emergency Departments: A Large Multicenter Italian Study.** PLoS ONE 9(4): e93542, 2014.

- XVI. VAUGHAN, CJ; DELANTY, N. **Hypertensive Emergencies**. The Lancet, Vol 356, July 29, 2000.
- XVII. JAMERSON, K; et al. **Benazepril Plus Amlodipine Or Hydrochlorothiazide for Hypertension In High-Risk Patients**. The New England Journal of Medicine, December 4, 2008.
- XVIII. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Seventh Report Of Thejoint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure**. NIH Publication No. 04-5230; 2004.
- XIX. KATZ, JN; et al. **Practice Patterns, Outcomes, And End-Organ Dysfunction For Patients With Acute Severe Hypertension: The Studying The Treatment Of Acute Hypertension (Stat) Registry**. Hypertension, 2009.
- XX. BLUMENFELD, JD; JOHN, HL. **Management Of Hypertensive Crises: The Scientific Basis For Treatment Decisions**. American Journal of Hypertension, 2001.
- XXI. ELLIOTT, WJ; et al. **Management Of Severe Asymptomatic Hypertension (Hypertensive Urgencies) In Adults**. Up to Date, 2020.
- XXII. O'MAILIA, JJ. et al. **Nifedipine-Associated Myocardial Ischemia Or Infarction In The Treatment Of Hypertensive Urgencies**. American College of Physicians 1987.
- XXIII. BASILE, J; BLOCH, MJ. **Overview Of Hypertension In Adults**. Up to date 2019.
- XXIV. KASTE, M; et al. **A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Of Nimodipine In Acute Ischemic Hemispheric Stroke**. American Heart Association, 1994.
- XXV. ZELLER, KR; et al. **Rapid Reduction Of Severe Asymptomatic Hypertension**. Arch Intern Med, Vol 149, 1989.

- XXVI. GRIFFITH, DNW; et al. **The Effect Of P-Adrenergic Receptor Blocking Drugs On Cerebral Blood Flow.** Br.J. clin. Pharmacol 1979.
- XXVII. MULLER, F; et al. **Chronic Treatment With The Angiotensin I Converting Enzyme Inhibitor, Perindopril, Restores The Lower Limit Of Autoregulation Of Cerebral Blood Flow In The Awake Renovascular Hypertensive Rat.** Journal of Hypertension, 1990.

<p>Elaboração Jorge Antonio Aguiar de Sousa- Médico Residente de Clínica Médica do HUIBB Paulo Ricardo Nauar Lisboa de Oliveira – Médico Cardiologista do HUIBB</p>	<p>Data: 09/03/2020</p>
<p>Validação Lourival Rodrigues Marsola – Médico/ Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. SGQVS Edna Cristina Vieira Conceição – Enfermeira/SGQVS</p>	<p>Data: 09/02/2021</p>
<p>Aprovação Regina Fátima Feio Barros/ Superintendente do Complexo UFPA-EBSERH</p>	<p>Data: XX/XX/2021 Conforme Processo SEI nº XXXXXX</p>

NORMA

NORMA OPERACIONAL PARA PRESIDÁRIOS/APENADOS

Esta Norma Operacional destina-se a orientar todos os profissionais da assistência à saúde no que se refere aos procedimentos para o atendimento ao presidiário/apenado no

Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário –CHU-UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –Ebsersh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebsersh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, na mesma data, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, considerando:

A Constituição Federal, Artigo 5.º, inciso XLIX, que assegura aos presos o respeito à integridade física e moral;

A Lei 7.210/1984 (Execução Penal), artigos 10, 11 e 14, referente à Assistência à Saúde do preso, e artigos os 40 a 43, referentes aos Direitos do preso;

A Lei 8.080/1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), artigo 2º, que diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado promover as condições indispensáveis a seu pleno exercício;

A Lei 14.695/2003, artigo 6º, que define as competências do agente penitenciário;

A Ata de reunião de 28/11/2014 que estabelece normas e procedimentos para presidiário/apenado no HUIBB “Controle de Visitas aos pacientes internados”;

A Convenção Americana de Direitos Humanos;

A Lei 8.906/1194 – Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, resolve:

Art. 1.º Editar a presente Norma Operacional que disciplina os procedimentos para o atendimento ao presidiário/apenado no Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Art. 2.º Para fins desta Norma Operacional entende-se por:

- apenado: condenado a cumprir alguma pena;
- agente prisional: pessoa autorizada a acompanhar o presidiário/apenado no ambiente hospitalar, estando internado ou não;
- presídio: lugar destinado às pessoas que encontram-se presas e que ainda não foram julgadas em definitivo, ou seja, não receberam sua sentença;
- penitenciária: lugar destinado às pessoas sentenciadas, ou seja, condenadas a cumprir uma pena;

- colaboradores: pessoas que contribuem com a missão do Hospital (servidores, empregados públicos, docentes, residentes, voluntários, discentes, trabalhadores de empresas terceirizadas que prestam serviço no HUIBB e estagiários).

– atestado médico: declaração por escrito de uma dedução médica e suas possíveis consequências com a finalidade de resumir, de forma objetiva e singela, o que resultou do exame feito em um paciente, sua doença ou sua sanidade e as consequências mais imediatas;

– relatório médico: documento formal, preenchido por um médico, onde consta a descrição dos elementos encontrados no prontuário do paciente e/ou informações extraídas de um ato médico e que contenha informações detalhadas para o fim a que se destina.

Art. 3.º O paciente do HUIBB, na condição de presidiário ou apenado, tem o direito a um tratamento humanizado, sem sofrer violência física, moral e psicológica.

Art. 4.º O presidiário/apenado, enquanto paciente, tem prioridade nos atendimentos de Ambulatório do HUIBB e realizarem exames externos, visando o princípio da segurança, tanto do presidiário/apenado, dos demais pacientes do HUIBB, quanto do órgão ao qual fora designado, como dos profissionais que estarão em contato com o mesmo.

Art. 5.º O agente de segurança designado para acompanhar o presidiário/apenado irá fazê-lo em tempo integral de escolta em todos os locais para os quais o presidiário/apenado for encaminhado.

§ 1.º A forma de contenção do presidiário/apenado fica a critério do serviço de segurança e escolta e deve obedecer às normas de classificação de periculosidade, assim como, obedecer às normas de segurança do paciente.

§ 2.º O agente de segurança deverá ser informado pelos profissionais do HUIBB sobre as normas e rotinas da Instituição, cabendo ser informado também sobre o tipo de procedimento, o tempo despendido e ser posicionado de forma que possa garantir sua segurança bem como a dos profissionais.

§ 3.º Após tomadas as precauções de segurança acima, de acordo com a necessidade ou tipo de procedimento, o profissional de saúde poderá solicitar à escolta que se coloque em posição que não constranja o na condição de paciente (presidiário/apenado).

§ 4.º No caso de cirurgia, o agente de segurança deverá permanecer do lado de fora do Centro Cirúrgico aguardando a finalização do procedimento para acompanhamento na Sala de Recuperação Pós-anestesia e enfermarias.

§ 5.º No caso de permanência do presidiário/apenado no CTI, o agente de segurança deverá permanecer na ante sala de visita.

Art. 6.º O agente de segurança seguirá as normas de sua Corporação, com observância às normas do HUIBB, inclusive quanto à paramentação e uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, quando necessário.

Parágrafo único. Em caso de comportamento inadequado por parte do agente de segurança, o diretor do presídio/penitenciária deverá ser notificado pelo HUIBB, através da Chefia da Unidade Psicossocial.

Art. 7.º Em caso de internação do presidiário/apenado, as visitas ficarão restritas, cabendo ao diretor do presídio/penitenciária e/ou à autoridade judiciária autorizar as mesmas informando, via ofício, o (s) nome (s) do (s) familiar (es) autorizado (s).

§ 1.º O ofício mencionado no caput deverá ser protocolado no HUIBB sendo encaminhado via SEI para superintendência, a qual encaminhará para a Unidade de Assessoria Jurídica e Unidade de Atenção Psicossocial.

§ 2.º A Assistente Social da unidade onde o presidiário/apenado estiver internado encaminhará para portaria a liberação da visita, para controle de entrada e saída do visitante, e encaminhará também para chefia da unidade de internação para ciência, será anexado ao prontuário físico cópia do ofício com autorização de visita e registro no AGHU/Pol.

§ 3.º As autorizações de visitas mencionadas no caput deverão contemplar horário não compatível com os demais horários de visita no HUIBB, que serão aos sábados, no horário das 9:00 as 11:00h, conforme definido em ATA de reunião entre HUIBB e SUSIPE em 2014 atual (SEAP).

Art. 8.º Em caso de gravidade do quadro clínico do presidiário/apenado, a equipe da Unidade de Atenção Psicossocial HUIBB comunicará a equipe Biopsicossocial da SEAP, que a seu critério, autorizar a visita de outros familiares, via ofício.

Art. 9.º Ao advogado do presidiário/apenado internado no HUIBB é garantido acesso ao seu cliente, desde que apresente a sua carteira da OAB e procuração de representante legal.

Parágrafo único. O HUIBB estabelecerá o horário de 8:00 às 17:00 horas para a visita do advogado, observando as normas de segurança do paciente, de controle de infecção hospitalar e a rotina da instituição para a realização dos procedimentos, podendo haver casos excepcionais que serão discutidos pontualmente.

Art. 10. O quadro clínico do presidiário/apenado internado será informado pelo médico assistente, em boletim médico legível diário, e remetido ao diretor do presídio/penitenciária pela Chefia da Clínica, se solicitado.

Art. 11. Os atestados médicos deverão ser solicitados pelo advogado do presidiário/apenado internado, com poderes específicos para tanto, via ofício, à Superintendência do CHU-UFPA.

Art. 12. Os relatórios médicos deverão ser solicitados via Protocolo Geral do HUIBB, a chefia da unidade de internação pelo representante do presidiário/apenado, devidamente autorizado, devidamente constituído (com poderes específicos).

Parágrafo único: Nos casos em que presidiário/apenado estiver em tratamento ambulatorial o relatório médico deverá ser solicitado pelo seu representante, devidamente constituído (com poderes específicos) via protocolo geral ao Serviço de Arquivo Médico Estatístico – SAME.

Art. 13. A alta do presidiário/apenado deverá ser programada pelo médico assistente, com aviso prévio para a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária - SEAP, sendo informado ao Assistente Social de referência da unidade de internação, que repassará a informação ao diretor do presídio/penitenciária, para que designe adequadamente a equipe que irá acompanhar o paciente até o local da prisão.

Parágrafo único: Em caso de ocorrência de óbito do presidiário/apenado o Assistente Social de referência da unidade, comunicará o fato ao Psicossocial da SEAP.

Art. 14. Ao presidiário/apenado internado no HUIBB não é permitido receber objetos de uso pessoal, roupas e/ou alimentos de qualquer pessoa (colaboradores, agentes de segurança, procuradores legalmente constituídos e familiares).

Art. 15. Não é permitido a nenhum colaborador do HUIBB, tampouco aos agentes de segurança que acompanham o presidiário/apenado, dar informações sobre o quadro clínico do mesmo a qualquer pessoa, pessoalmente ou por telefone.

Art. 16. Não é permitido a nenhum colaborador do HUIBB, tampouco aos agentes de segurança que acompanham o presidiário/apenado, liberar a entrada de qualquer tipo de visitante.

Art. 17. Não é permitido ao advogado do presidiário/apenado internado obter informações do quadro clínico do seu cliente com qualquer membro da equipe multiprofissional, bem como trazer pertences de uso pessoal.

Parágrafo único: Nos casos em que o familiar autorizado a realizar visita pela SEAP solicitar informações referente ao quadro clínico, a Assistente Social de referência da unidade programará junto ao médico assistente do presidiário/apenado um dia para receber o familiar e repassar informações devidas do quadro clínico.

Art. 18. Caso durante no período de internação for emitido o alvará de soltura do presidiário/apenado, o oficial de justiça ao se apresentar no hospital deverá ser encaminhado a sala de atendimento do Serviço Social, onde será direcionado ao Assistente Social de referência da unidade de internação, para que o presidiário/apenado seja comunicado de sua nova condição.

Parágrafo único: O Assistente Social da unidade viabiliza uma cópia do alvará para anexar ao prontuário físico, e posteriormente fará evolução no AGHU/Pol, caso o técnico de referência não esteja no momento em que o oficial de justiça se apresentar, esse trâmite será realizado pelo Assistente Social da sala de atendimento;

Art. 19. Deve ser garantido ao paciente seu direito de receber informações de seu quadro clínico.

Art. 20. Casos omissos serão resolvidos pelo Gerente Administrativo do HUIBB.

Art. 21. Esta Norma entra em vigor na data de sua publicação.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
00	00	00

<p>Elaboração</p> <p>Erika Simone de Almeida Lira – Assistente Social</p> <p>Luciana do Nascimento Castello – Psicologa</p> <p>Renato Oliveira da Silva – Chefia da Unidade de Atenção Psicossocial</p> <p>Analise Juridica</p> <p>Alan Mota Noronha – Chefe do Setror Juridico Complexo Hospitalar</p> <p>Universitário da UFPA</p>	Data: 26/11/2020
<p>Validação</p> <p>Lourival Rodrigues Marsola – Médico/ Chefe Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde</p> <p>Edna Cristina Vieira Conceição – Enfermeira/ Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde</p>	Data: 02/02/2021
<p>Aprovação:</p> <p>Regina Fátima Feio Barros/ Superintendente do Complexo UFPA-EBSERH</p>	Data: 22/01/2021 Conforme Processo SEI nº 23768.001392/20 21-91

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

ORIENTAÇÕES BÁSICAS AO PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE CHAGAS



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

BELÉM - PA
2020

Autores

Rhomero Salvyo Assef Souza - Médico infectologista do Ambulatório de Infectologia do HUIBB. Especialista em Controle de Infecção Hospitalar e Mestre em Doenças Tropicais.

Josiane Macedo de Oliveira Ruff - Enfermeira Assistente da Unidade de Doenças Infecctoparasitarias do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Especialista em Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar e Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente.

Maura Simone Lima de Almeida - Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Técnica em Enfermagem na Unidade de Doença Infecto Parasitária (UDIP) no Hospital Universitário João de Barros Barreto-HU-JBB

Edjane Márcia Linhares melo - Enfermeira , especialista em Enfermagem oncológica na modalidade Residencia . Enfermeira do Hospital universitário João de Barros Barreto, lotada na Unidade de Oncologia e Hematologia.

Ely dos Santos Farias - Enfermeira Assistente do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

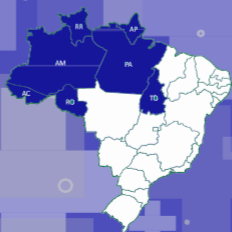
INTRODUÇÃO

A doença de Chagas é causada pelo parasito *Trypanosoma cruzi*, que pode ser adquirido de diversas formas (vetorial, oral, vertical, através de sangue ou derivados), não sendo transmissível diretamente entre as pessoas.

É um problema de saúde enfrentado em alguns países, principalmente na América Latina, que afeta muitas pessoas, principalmente na região Amazônica. Aproximadamente um século após as descobertas de Carlos Chagas em 1909, e mesmo com os avanços no controle da doença, mantém-se como um agravo relevante para a saúde pública.

A emergência da Doença de Chagas, em especial na região Amazônica, pode estar fundamentada no consumo de alimentos contaminados, pela não adoção de boas práticas de higiene na manipulação dos alimentos e pela invasão humana de habitats silvestres que aumenta os riscos associados à proximidade de vetores e reservatórios silvestres... Uma pesquisa da Fio Cruz apontou que o estado do Pará é responsável por 81% dos casos decorrentes de transmissão oral na região Norte, com maiores proporções de casos ocorrendo após a safra de açaí e bacaba, com o consumo de alimentos derivados dessas frutas contaminadas pelas fezes do inseto.

Nas áreas de ocorrência de casos pela transmissão trazem novos desafios, no que se refere à estruturação de ações voltadas para atenção, vigilância, prevenção e controle da doença. Este material foi elaborado para atender as necessidades encontradas dos pacientes atendidos no Ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto—HUIBB, uma forma prática de compartilhar o conhecimento.





O que é Doença de Chagas?

Doença causada por um protozoário/parasita (bichinho) chamado *Trypanosoma cruzi*, que é transmitido pelas fezes de um inseto (triatoma) conhecido como Barbeiro.



Triatoma infestans, Barbeiro.

O nome da doença foi dado em homenagem ao médico brasileiro que a descobriu: Dr Carlos Chagas.

Curiosidades:



O Tempo de vida do barbeiro varia de espécie para espécie, podendo ser de seis meses a dois anos.



O modo de transmissão com maior número de registro é a transmissão ORAL que ocorre no consumo de alimentos contaminados.

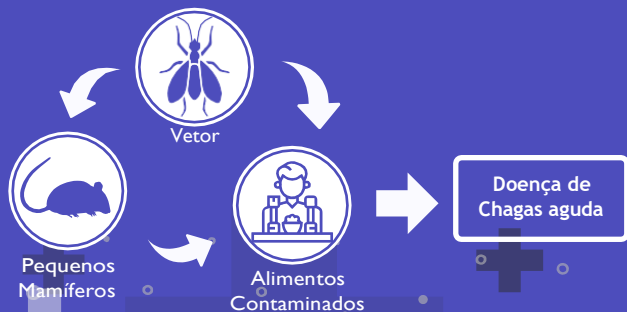


Dependendo da espécie a distância média de voo é em torno de 200m a 1 km



Como ocorre a transmissão?

A transmissão por via oral foi classificada como potencial risco para a Saúde Pública no Brasil. O Açaí é a principal causa das infecções orais no norte do Brasil. Também existem registros de surtos pela ingestão de Bacaba e de cana-de-açúcar. Os alimentos entram em contato com as fezes ou urina do mosquito barbeiro, pode ocorrer também do mosquito ser processado com o alimento. A transmissão via oral ocorre quando há ingestão de alimentos frescos como palmitos, sucos de açaí e caldo de cana contaminados. Outros mecanismos de transmissão são a transfusão de sangue de doador portador da doença, a transmissão vertical via placenta (mãe para filho), a ingestão de carne contaminada ou acidentalmente em laboratórios.



As outras formas, menos frequentes hoje em dia são: por transfusão sanguínea, de mãe para filho durante a gestação e por acidentes em laboratório ou manejo de animais infectados



Transfusão de Sangue



Durante a Gestação



Alimentos Contaminados



Que exames fazer?

A pessoa precisa fazer o exame de sangue. Outros exames também podem ser necessários, pois através de outros exames o médico poderá avaliar as condições do coração do paciente.



A família também faz o exame?

Sim, assim como as pessoas que moram no local, próximas a sua residência, para saber se mais alguém tem a doença.





Quais os sinais e sintomas?

Quando a doença ataca o coração o indivíduo pode sentir dor no peito, tonturas, desmaios, palpitações.

Quando a doença ataca o esôfago, o indivíduo pode ter dificuldade de engolir, principalmente comidas sólidas, pesadas e pode necessitar beber água para ajudar a descer.



Que órgãos são afetados?

Os órgãos que podem ser afetados são: coração, esôfago e intestino.



Coração



Esôfago



Intestino



Vou ter que fazer dieta?

É recomendável a realização de dieta hipossódica (pouco sal), devido aos danos no coração que a doença de chagas pode causar e uma dieta com o uso abusivo de sal pode ocasionar vários problemas a saúde, principalmente ao coração.



Eu posso continuar a beber bebida alcoólica e fumar?

Não. Procure não ingerir bebida alcoólica. Além de prejudicar outros órgãos como o fígado, ele pode deixar seu coração fraco. A bebida alcoólica interfere na eficácia do medicamento usado no tratamento da doença.

Evite o cigarro. O hábito de fumar diminui a quantidade de oxigênio que vai para o coração e para outras partes do corpo, podendo causar outras doenças e no homem pode causar impotência sexual.



Eu vou poder praticar atividade física?

Sim. Faça caminhada sempre que puder, exercícios fazem bem pro coração e pra mente, mas não esqueça, antes de iniciar qualquer atividade física, fale antes com seu médico, ele poderá lhe orientar melhor.



Se eu estiver grávida , meu filho pode nascer com doença de chagas ?

Sim , através do que chamamos de transmissão vertical ou transplacentária . O bebê será portador da doença de chagas congênita . Por isso , faz se necessário o acompanhamento pré natal e após o nascimento , a fim de iniciar o tratamento o mais breve possível , aumentando as chances de cura do bebê.



Eu poderei amamentar ?

Você poderá amamentar dependendo de alguns fatores . Caso a doença esteja na fase aguda a amamentação não será recomendada , caso esteja na fase crônica a amamentação será recomendada , com alguns cuidados . Porém caso ocorra sangramento ou fissura do mamilo a amamentação é contra indicada em qualquer fase da doença .



Como funciona o tratamento?

Dependendo do grau da doença e dos órgãos afetados, a pessoa receberá um tratamento diferente, porém adequado ao seu caso. Caso a doença tenha afetado coração e esteja em grau avançado, que não melhora com medicação, pode necessitar de transplante. Em casos em que a doença tenha afetado os intestinos, pode necessitar de cirurgia.



O tratamento cura a doença?

A doença de chagas tem cura. Quanto mais cedo for o diagnóstico e o quanto antes for iniciado o tratamento, maiores as chances. Quanto maior o tempo de infecção, menores as chances de CURA.



ORIENTAÇÕES BÁSICAS:

Não falte às suas consultas médicas, é importante que você siga as orientações dele quanto a dieta e também tome os remédios como ele indicar.

Não pare de tomar seus remédios sem o consentimento de seu médico.

Evite associar tudo o que você sente a doença de Chagas, alguns sintomas podem estar relacionados a outras doenças ou a ansiedade.

“Sua saúde e seu bem estar dependem disso e de sua vontade de viver.”



REFERÊNCIAS

SESPA. Boas Práticas para Batedores de Açaí e Bacaba. Programa Estadual de Qualidade do Açaí. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/?paged=5>

MEIS, J. CASTRO, S.S. Manual para diagnóstico em doenças de chagas para microscopistas de base no Estado do Pará. Rio de Janeiro, 2017.

Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. – Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009.

Manual de atendimento a pacientes com doença de Chagas : atenção básica 2014/2015 / Noemia Barbosa Carvalho ... [et al.]. - Dados eletrônicos. - São Paulo: Faculdade de Medicina USP, 2015.

FIO CRUZ. Doença de Chagas aguda no Brasil de 2001 a 2018: uma análise espaço-temporal nacional. Fundação Nacional Oswaldo Cruz, Ago., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008445>

<http://conexaoto.com.br/2014/12/18/ingestao-de-alimento-contaminado-pode-ser-cao-de-surto-de-doenca-de-chaga> ;

PINTO, A.Y.N. Apesar de estar em constante ascensão , chagas congênita continua negligenciada . 13 de set. de 2018 .Disponível em : www.sgmt.org.br. Acesso em : 09 de nov. de 2020.

LAMONIER, J.A, ET AL.Recomendações quanto a amamentação na vigência de infecção materna . Jornal de pediatria – Vol 80 N° 05 . Rio de Janeiro ,2004.

LEÃO , R.N.Q, ET AL . Medicina tropical e infectologia na Amazônia .Samaúma , Belém , 2013.

FIO CRUZ . Doenças decorrentes do fumo . Disponível em : [ww.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br) . Acesso em : 09 de nov. de 2020.

