

**ROTINAS
DA
28^a ENFERMARIA**

**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DO
RIO DE JANEIRO**



**SERVIÇO DE GINECOLOGIA
DO
PROF. SILVIO SILVA FERNANDES**

Ambulatório de Infertilidade

Característica: Atendimento multidisciplinar. Consulta básica pelo ginecologista e colaboração do andrologista, psicólogo e nutricionista.

1. Crterios para admissão

1.1 Pacientes que, apresentando vida sexual ativa durante um ano, sem uso de métodos anticoncepcionais, não engravidaram, mesmo com referência a gestações anteriores ou abortamentos à repetição. Limita-se a idade feminina aos 35 anos.

1.2 O tratamento é do casal, o que implica na participação do marido ou companheiro na investigação e no tratamento.

2. Anamnese dirigida

2.1. Anamnese pessoal

Exames e tratamentos realizados anteriormente. Tipo de trabalho, viroses na infância, febres não identificadas, tuberculose, asma, problemas pulmonares, uso de drogas, operações prévias, infecções pélvicas, acidentes, diabetes, anomalias congênitas, transfusões de sangue, traumatismo cranioencefálico, doenças de transmissão sexual, consumo de álcool e tabagismo.

2.2. História familiar

Caso de tuberculose na família, câncer, hipertensão arterial, diabetes.

História de crianças com mongolismo, malformações, hemofilia e outras síndromes e alterações cromossômicas.

2.3. História matrimonial. Início da vida sexual, outros casamentos do cônjuge, prole, filhos com outros parceiros, conflitos conjugais, tipo de coito (frequência e alteração), tipo de anticoncepção (quando iniciou e por quanto tempo usou e quando deixou de usá-lo).

2.4. História fisiológica. Idade da menarca, telarca e pubarca. Tipo de ciclo menstrual (quantidade, número de dias do fluxo, intervalo etc.)

Repercussões sistêmicas da menstruação.

2.5. História obstétrica. Número e época das gestações anteriores e tipos de parto. Número de fetos à termo e respectivo peso. Presença de malformações. Abortamentos (época, se espontâneos ou provocados, com ou sem procedimento cirúrgico)

3. Exame físico

3.1 Ectoscopia: Biotipo, distribuição de pelos e de gordura, exoftalmia, macroglossia, peso, altura.

3.2 Mamas: no exame verificar presença de cicatrizes. Investigar lactações passadas, cirurgias prévias, hormonioterapia, galactorréia e descarga papilar.

3.3. Exame abdominal: Verificar cicatrizes e tipo de pilificação.
Palpação e percussão.

3.4. Exame dos órgãos genitais externos: Inspeção da vulva e da vagina. Verificar o trofismo, presença de hipertrofia do clitóris e anomalias vaginais. Expressão da uretra, glândulas vestibulares e distopias. Inspeção do ânus.

3.5. Exame ao espelho: fluxo vaginal, muco cervical, conformação do orifício. Assinalar a quantidade e cor do muco cervical.

No caso de suspeita de insuficiência istmo- cervical, realizar a prova da passagem da vela de Hegar até número 9 pelo canal cervical sem anestesia. Observar a amplitude do lago seminal (fundo de saco posterior).

3.6. Toque bimanual: Vaginismo, presença de nódulos nos fundos de saco vaginal, verificar volume, superfície, consistência e sensibilidade uterina; existência de massas pélvicas e sensibilidade e volume dos anexos uterinos.

3.7. Toque retal. Avaliar septo retro-vaginal, face posterior do útero e ligamento útero sacro.

4. Exames complementares de rotina

1. Citopatologia - citologia de fase e corada.

2. Exames de laboratório que podem ser solicitados:

2.1. Sangue - hemograma completo

grupo sangüíneo e o fator RH

reação sorológica para lues

Anti-HIV – I e II

Glicemia

3. Exames a serem pedidos à critério clínico:

3.1. Solicitar a intradermoreação à tuberculina (PPD); nos casos suspeitos de tuberculose.

3.2. Pesquisa das zoonoses (associada à história de abortamentos à repetição)

A) Toxoplasmose - reação de soro aglutinação e imunofluorescência.

1. determinação da imunoglobulina IgG e IGM

B) Brucelose

1- intradermoreação

2- soroaglutinação

C) Listeriose

1- soroaglutinação

3.3. Avaliação tireoideana, quando história for sugestiva.

3.4. Avaliação androgênica, quando a paciente apresentar clínica de hiperandrogenismo.

Fatores de Infertilidade

Estudo do fator cervical

- Realizar a observação do muco cervical na primeira e segunda fases do ciclo menstrual para estudo comparativo. Observar a quantidade, filância, cristalização, determinação do pH e presença de células. Havendo suspeita de infecção, colher material para citologia ou cultura específica.
- Realização da prova do pós-coito (Sims-Hühner)
Período - peri-ovulatório. Abstinência de quatro dias.

Realização da prova:

3/6 horas após o coito; com as devidas orientações à paciente. De modo geral, a prova é boa quando são encontrados dez espermatozoides com boa vitalidade.

Preencher a folha específica do exame.

Estudo do fator uterino

- a) Ultra-sonografia
- b) Histerossalpingografia entre o 10^o e o 12^o dias do ciclo menstrual.
- c) Histeroscopia. Poderão ser evidenciados. tumores, pólipos, malformações congênitas, sinéquias, septos, etc.

Estudo do fator tubário

- a) Histerossalpingografia na 1^a fase do ciclo.
- b) Laparoscopia, associada à cromotubagem. Verificação da permeabilidade tubária, sua situação, presença de aderências, focos de endometriose, etc. A laparoscopia é método que melhor estuda o fator peritoneal.

Estudo do fator ovariano

Realizar a biópsia do endométrio entre o 21^o e 24^o dias do ciclo para diagnóstico da ovulação. A progesterona plasmática poderá ser também solicitada na segunda fase do ciclo. (21^o dia).

A ultra-sonografia é utilizada para acompanhar o crescimento folicular e a ovulação.

Nos casos de amenorréia, excluída gravidez, pratica-se em primeiro lugar, o teste do progestogênio, 10 mg de medroxiprogesterona, diariamente, por via oral durante sete dias (70mg no total).

Para esclarecimento de distúrbios ovarianos algumas dosagens hormonais plasmáticas serão empregadas tais como: hormônio folículo-estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH) e prolactina (PRL)

Estudo do fator masculino

Quando houver alteração no espermograma ou qualquer dúvida em relação ao fator masculino, encaminha-se o paciente ao andrologista que, após exame físico, interpretação do espermograma ou realização de outras provas, emitirá laudo médico. No caso de tratamento especializado, o ginecologista será informado das etapas terapêuticas.

Estudo do fator psicológico

1. Trabalho do grupo de sala de espera. Estabelece-se que todas as pacientes matriculadas no ambulatório serão entrevistadas, de modo genérico, pelas psicólogas antes da consulta.

2. Entrevista individual: Indicada quando a paciente solicitar ou quando o médico ou a psicóloga julgarem necessária.

Obs: Serão entrevistadas em cada semana apenas quatro pacientes.

De acordo com o resultado da entrevista, a psicóloga indicará o tipo de acompanhamento que a paciente deverá ter e, caso necessário, o respectivo tratamento.

Estudo do fator imunológico

1. Pesquisar somente após exclusão de causas orgânicas de outros fatores de infertilidade.

2. Após teste pós-coito deficiente (hipomotilidade, imobilidade dos espermatozoides, oligo ou azoospermia).

A- No soro

A-1 Antígenos superficiais - aglutinação - cabeça a cabeça

- Franklin-Dukes e Friberg

- Cauda a cauda

- Friberg

- imobilização-Isojima

A-2 Antígenos sub-superficiais-B1- Imunofluorescência

B - No trato genital

aglutinação

a) Muco cervical

imunofluorescência

b) Plasma seminal - os testes sorológicos espelham, na maioria dos casos, o padrão local.

Hostilidade cruzada – muco + sêmen

Estudo do fator genético

A avaliação genética é recomendada em pacientes que apresentaram malformações fetais e abortamentos à repetição.

Reprodução Assistida

Tempo de infertilidade – 1 ano de coito descoberto até 35 anos e 6 meses a partir de 37 anos

Propedêutica:

- Espermograma com morfologia estrita ou OMS – repetir com 30 dias se alterado
- Dosagem de prolactina e tsh
- Histerosalpingografia
- Ultra som endovaginal
- Mulheres com > 37 anos ou ciclos irregulares, dosagem de FSH e estradiol no 2º /3º dia do ciclo.
- Histeroscopia antes de iniciar o tratamento

Indicações para tratamento com técnicas de reprodução assistida

- Obstrução tubárea bilateral (mulheres <30anos, avaliar possibilidade de cirurgia com videolaparoscopia)
- Mulheres com idade >37 anos
- Mais de 4 anos de infertilidade sem causa aparente
- Fator masculino moderado e grave
- Insucesso em 3 ciclos de indução da ovulação e coito programado
- Insucesso em 3 ciclos de indução da ovulação e inseminação intra-uterina
- Ligadura tubárea ou vasectomia há mais de 5 anos ou em mulheres >35 anos

PROTOCOLOS DE INDUÇÃO DA OVULAÇÃO PARA FIV / ICSI

- ✓ Análogos do GnRH de depósito no 2º ou 21º dia do ciclo
- ✓ Ultra som e dosagem de estradiol 10 dias após para confirmação do bloqueio
- ✓ Início do FSHr ao confirmar o bloqueio. A dose é administrada de acordo com a idade da paciente.
- <30anos inicia com 150UI por 4 dias.
- 30 a 35 anos 225UI por 4 dias.
- 35 a 38 anos, 300 UI por 4 dias.
- 38 a 40 anos 375UI por 4 dias.
- >40 anos 450 UI por 4 dias. A partir daí a dose é ajustada de acordo com a idade da paciente.

Mulheres com 40 anos em diante, não utilizam análogos do GnRH mas antagonistas, que serão iniciados quando os folículos atingirem 14 mm.

Quando os folículos atingem 17 mm, aplicamos hCG.
A punção é realizada 36 horas após o hCG.

ROTINAS DE PATOLOGIA CERVICAL

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o 2º mais incidente entre as mulheres no mundo e no Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública.

Os fatores de risco incluem as DSTs (fator relevante para o HPV), atividade sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, comportamento sexual de risco, tabagismo entre outros.

As lesões precursoras são rastreadas pela colpocitologia oncótica, evidenciadas pela colposcopia que possibilita biópsia e esta conduz ao diagnóstico definitivo e tratamento adequado.

Deste modo são de grande importância o diagnóstico precoce e o tratamento destas alterações precursoras (na maioria das vezes assintomáticas) e evitando, desta forma, a neoplasia invasora.

OBJETIVO

Padronizar os procedimentos do setor de Patologia Cervical da 28ª enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, serviço do Professor Sílvio Silva Fernandes, quanto ao diagnóstico, tratamento e seguimento das lesões cervicais, vaginais e vulvares.

FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO

As pacientes virão encaminhadas a este serviço pela ginecologia geral, ambulatórios especializados ou referenciadas de postos de atendimento primário com citologias anormais ou lesões vulvo-vaginais à esclarecer. No dia do ambulatório é oferecido uma sala de espera orientada por psicóloga para trocas de experiências e minimização das ansiedades geradas pelo medo das doenças malignas.

Na admissão deverá constar:

- Anamnese
- Exame físico com especial atenção para a inspeção da vulva, da vagina e do colo uterino.

PATOLOGIA VULVAR

Inspeção da vulva e do ânus já que a neoplasia escamosa pode ser multicêntrica. Avaliação da lesão. Vulvoscopia após impregnação de ácido acético a 5% por 1 a 2 minutos e biópsia dirigida se necessário.

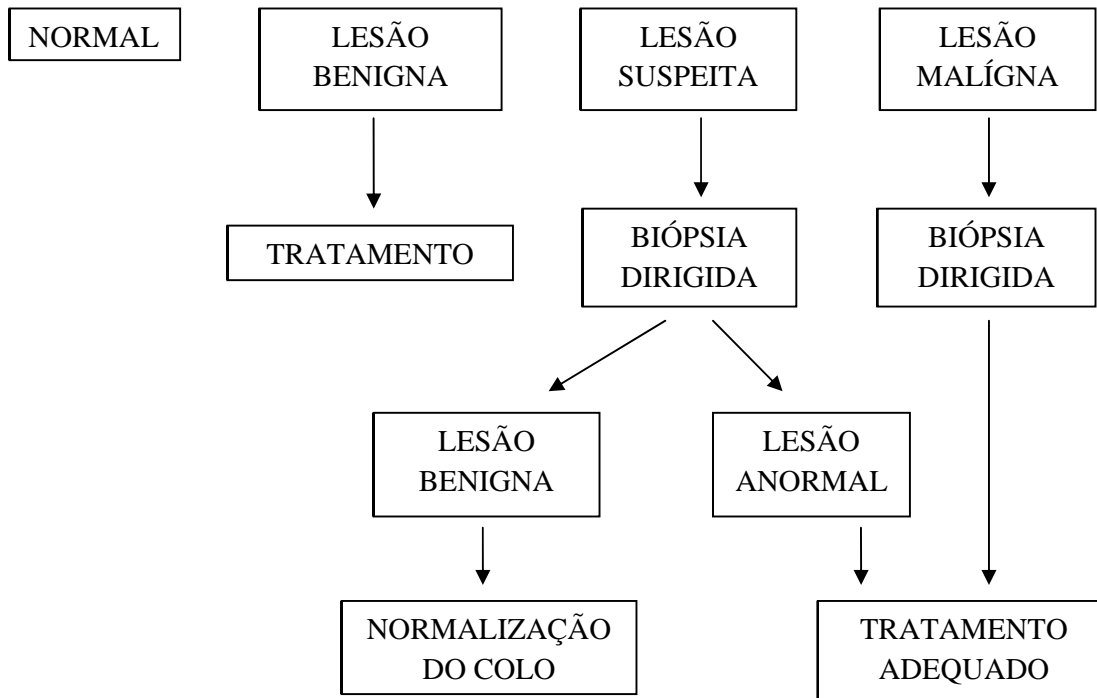
PATOLOGIA VAGINAL

Inspeção, colposcopia e biópsia se necessário.

PATOLOGIA CERVICAL

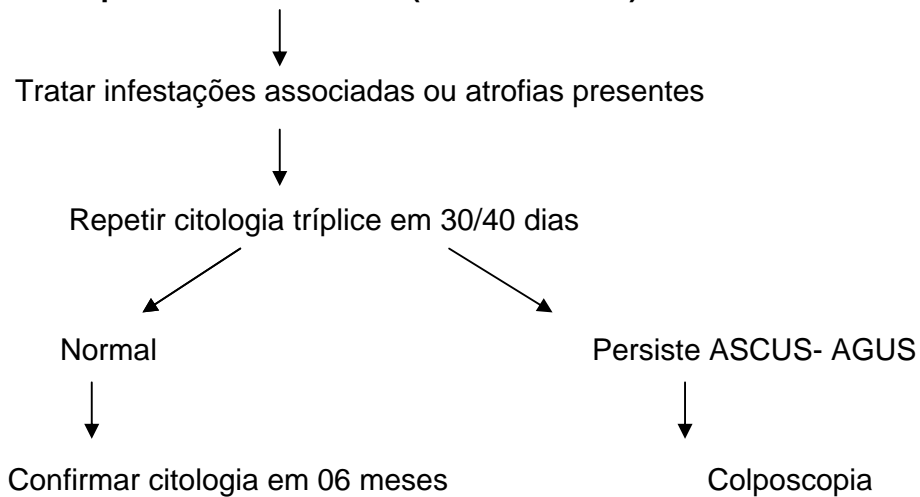
- Inspeção cuidadosa da cérvix.
- Colposcopia- o objetivo maior é localizar o sítio de células anormais para provável biópsia.
- Inspeção colposcópica com soro fisiológico. Filtro verde. Aplicação de ácido acético a 3%. Avaliação de fórnice vaginal, cérvix, principalmente JEC e canal cervical.
- Corar a cérvix com lugol (Teste de Schiller)
- Se nenhuma lesão for visualizada com colposcopia satisfatória, repetir a citologia.
- Se for identificada lesão, biopsiar na área de maior grau colposcópico.

COLPOSCOPIA

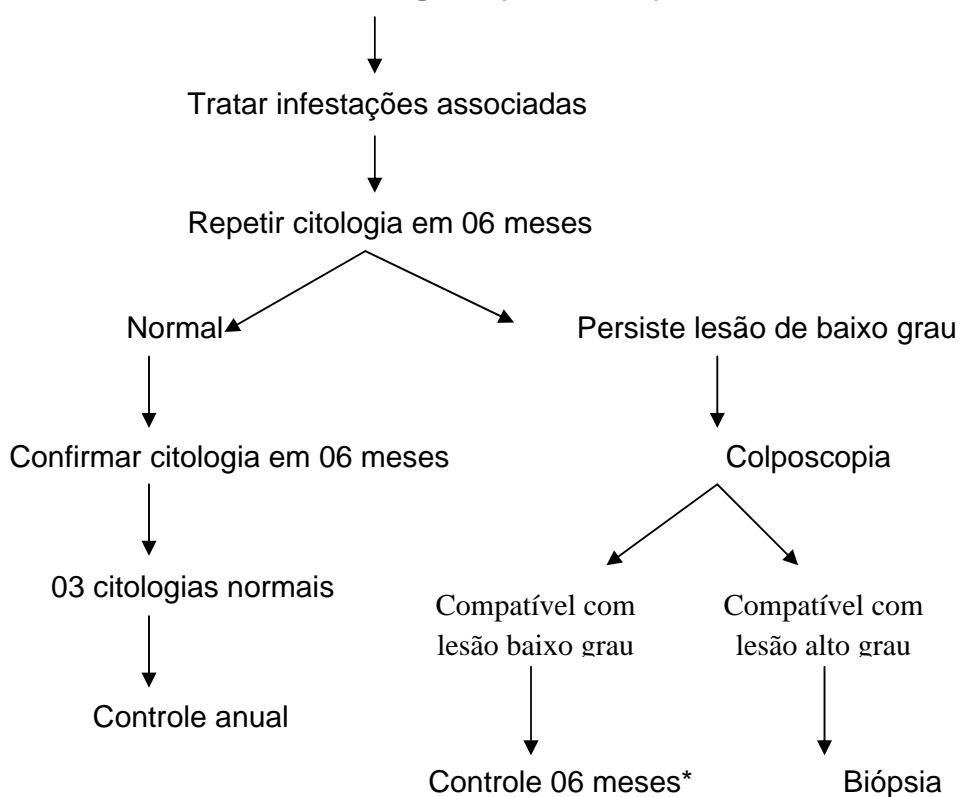


CONDUTAS NAS CITOLOGIAS

a. Atipias indeterminadas- (ASCUS/ AGUS)

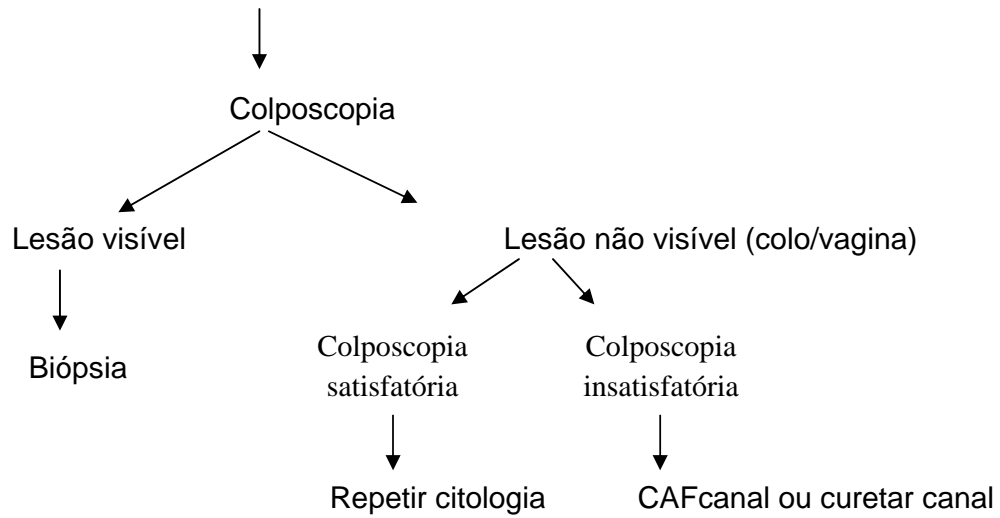


b. Lesão de baixo grau- (HPV, NIC1)



* Se persistência > que 01 ano → Estimular imunidade (biópsias múltiplas, pontos de TCA 90%, avaliar ressecção da lesão em idosas)

c. Lesão de alto grau- (NIC II/NIC III)



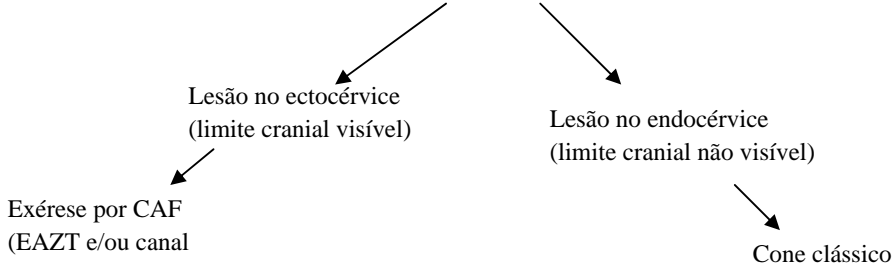
CONDUTAS NAS LESÕES CONFIRMADAS PELA BIÓPSIA

a. Lesão de Baixo grau (NIC I / HPV)



*Lesão identificada e persistente → avaliação individual (destruição por TCA 90% ou cautério ou exérese da lesão por CAF).

b. Lesão de alto grau (NICII/NICIII)



AVALIAÇÃO DAS MARGENS DO CONE

Margens livres → Colposcopia e citologia semestral

Margens comprometidas → Controle em 03 a 04 meses com colposcopia e citologia. Se normal, controles semestrais por 02 anos. Depois deste período, controle anual.

OBS: Se persistência ou retorno da lesão de alto grau, complementar segundo avaliação individual (RE-CAF, conização clássica ou HTA).

ROTINAS EM HISTEROSCOPIA

CONTEÚDO

1. Introdução	3
2. Equipamento.....	4
3. Preparo para o exame.....	4
3.1 Exame ginecológico	4
3.2 Exame endoscópico	5
4 . Indicações	6
5. Diagnóstico.....	6
6. Métodos Ancilares	8
7. Infertilidade.....	10
8. Contra Indicações:.....	11
9. Complicações.....	11
10. Resultados.....	13
11. Referências Bibliográficas.....	14

1. INTRODUÇÃO:

No Ambulatório da Enfermaria 28, são realizadas em torno de 400 exames ano. Deste total. Cerca de 15 por cento são complementadas com o tratamento cirúrgico através da endoscopia com ressectoscópio giratório.

No momento estamos realizando uma pesquisa prospectiva registrada no Ministério da Saúde sobre o grau de satisfação da paciente frente a abordagem histeroscópica.

O procedimento é uma endoscopia, técnica útil tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de diversas afecções ginecológicas. Os avanços tecnológicos tornaram a histeroscopia um método propedêutico ambulatorial, sem necessidade de qualquer preparo prévio ou anestésico, com riscos minimizados de complicações e de fácil reprodutibilidade.

O obstáculo cervical, a distensão e a iluminação são as principais dificuldades, que quando vencidos, possibilitam adequado e acurado exame. O único fator limitante são os sangramentos importantes.

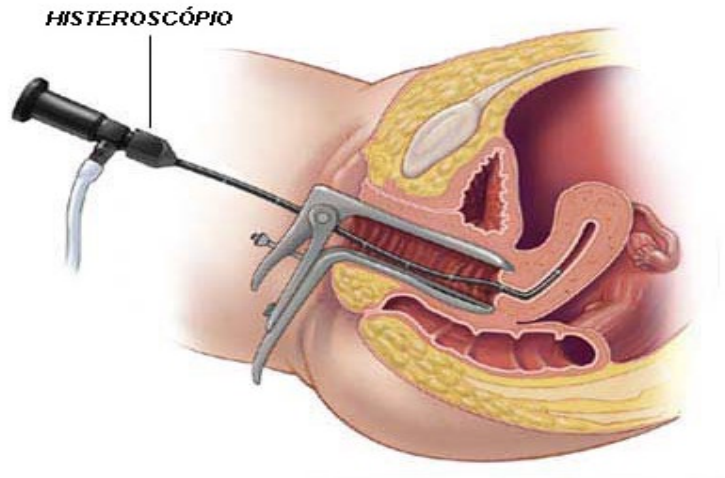


Figura 1. Esquema Ilustrativo do exame histeroscópico

2. EQUIPAMENTO:

O equipamento básico se resume em:

1. Endoscópico, cujo diâmetro pode variar de 0,4 a 1,2 mm.
2. Fonte de luz (150 W);
3. Histeroflator, para distensão da cavidade com CO₂.

A este equipamento imprescindível, pode-se associar uma vídeo-câmera e um monitor para melhor acompanhamento do exame e ainda um aparelho vídeo-cassete ou de videoprinter para

documentação.

3. PREPARO PARA O EXAME:

3.1- Exame ginecológico

- Inspeção da vulva (trofismo, coloração, distribuição dos pelos); distopias, roturas perineais,
- Exame com espéculo: a avaliação do plegueamento da mucosa bem como da lubrificação vaginal, avaliação do colo (coloração, presença de lesões).
- Apalpação abdominal e pélvica – Toque vaginal (investigação de anormalidades na parede e na cavidade ou alterações nas características dos órgãos internos (localização, volume, forma, consistência, mobilidade).

3.2 O exame endoscópico:

A paciente é colocada em posição ginecológica, assepsia da vagina e do colo; teste do equipamento.

E a seguir realizamos uma leve pressão na vulva para a distensão das paredes vaginais, seja por CO2 ou soro fisiológico. Raramente colocamos o espéculo.

Inicialmente introduz-se a ótica levemente no orifício externo do colo. Aguarda-se por aproximadamente 15 segundos para que possa haver boa difusão do CO2 (ou soro fisiológico) e formação da microcavidade à frente da ótica. Avança-se lentamente para evitar traumatismo do canal endocervical o que, provocando sangramento, pode comprometer o resultado final. Na maioria dos casos a dificuldade maior encontra-se ao nível do istmo, onde a resistência é mais intensa.

Na cavidade endometrial, já previamente distendida pelo CO2, pode-se avaliar diretamente todos os detalhes do endométrio e fases, sob visão direta ou orientada, a biópsia que definirá a natureza de lesões porventura encontradas.

4. Indicações:

1. Sangramento uterino anormal
2. Esterilidade e infertilidade
3. Diagnóstico de corpo estranho
4. Malformação uterina
5. Diagnóstico e fatores prognósticos de neoplasias do colo, do corpo e das neoplasias trofoblásticas gestacionais
6. Diagnóstico diferencial de afecções intra-cavitárias suspeitas por outros exames
7. Controle de cirurgia uterina prévia

5. DIAGNÓSTICO:

A histeroscopia diagnóstica tem no sangramento uterino anormal sua principal indicação, tanto no menacme, como pós-menopausa, e USG com alterações endometriais, segundo nossos

registros.

O pólipio endometrial: constitui uma hiperplasia focal da mucosa uterina, que inclui o epitélio e o estroma. Pode ser sésil ou pediculado, cuja base é vascularizada e pode se exteriorizar pelo colo do útero (de Palo, 1991).

É um achado freqüente, embora seja difícil determinar-se sua incidência específica, pois, muitas vezes, são detectados apenas em curetagens.

Pode ser único, de volume suficiente para ocupar totalmente o espaço virtual da cavidade uterina, ou então pequeno, o que dificulta a sua localização precisa. Outras vezes são múltiplos, de tamanhos variados, pediculados ou não.

Costumam ser assintomático. Grande parte dos pólipos só é diagnosticada quando a paciente é submetida à histerectomia total e o útero é aberto para avaliação anatomopatológica.

O sintoma mais comum é o sangramento genital, que pode ser de intensidade variável: desde pequena perda sangüínea até uma hemorragia copiosa. Em alguns casos, a paciente pode apresentar sangramento ao coito, em virtude da presença de um pólipio endometrial que se exteriorizou até a vagina. Excepcionalmente, pela diminuição eventual do suprimento sangüíneo do pólipio, pode ocorrer necrose, com conseqüente corrimento e odor fétido e sangramento.

Deve-se lembrar também da possível associação entre pólipio endometrial e neoplasia maligna do endométrio. As pacientes com pólipos endometriais são mais predispostas a desenvolver tumores no endométrio, em especial aquelas que têm fatores de risco como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, síndrome dos ovários policísticos, tumores funcionantes dos ovários e carcinoma da mama (Rodrigues de Lima e Martins, 1992).

Os pólipos glandulares são lisos e brilhantes. Não acompanham as modificações cíclicas do endométrio. Já os císticos, como o próprio nome diz, representam cisto de retenção; têm tamanhos variáveis. Os pólipos adenofibromatosos podem ser confundidos com miomas submucosos devido a sua intensa vascularização. Os pólipos fibrosos tem aspecto de endométrio atrófico; são mais comuns em mulheres na pós-menopausa. O diagnóstico de pólipio endometrial é realizado, na maioria dos casos, após um episódio de sangramento genital, que é a manifestação clínica mais freqüente, ou então na pesquisa de casal fértil.

6. MÉTODOS ANCILARES:

Entre os exames subsidiários, pode-se lançar mão da ultrassonografia, da histerossalpingografia ou da histeroscopia.

O diagnóstico pela ultrassonografia abdominal não é dos mais fáceis. A ultrassonografia transvaginal, além de mais precisa, determina com exatidão as características do pólipio. A imagem ultrassonográfica do pólipio endometrial é ecogênica, de limites nítidos e regulares,

localizada no centro da cavidade. Já os pólipos maiores, pressionados pelas paredes da cavidade virtual do útero, tendem a se moldar à anatomia da cavidade. Assim, eventualmente, pode-se confundir o pólipos endometrial com um espessamento do endométrio, ou ainda com mioma submucoso sésil ou pediculado. Deve-se observar com muita atenção se há espessamento em todo o contorno do endométrio, o que caracteriza o eco endometrial espessado, ou se este espessamento é localizado, o que corresponderia à presença de pólipos ou mioma.

Na histerossalpingografia, a falha de enchimento, com imagens lacunares ovaladas e homogêneas, que não deformam a cavidade, sugere o diagnóstico de pólipos endometrial. O diagnóstico de certeza, entretanto só pode ser dado pela histeroscopia. Avaliação da cavidade uterina: na pós-menopausa, onde é freqüente o sangramento uterino genital irregular, a boa avaliação da cavidade endometrial é muito importante. Com a histeroscopia procura-se diminuir o número de curetagens realizadas de forma desnecessária e que são dispendiosas, pois requerem hospitalização e anestesia.

A histeroscopia, por exemplo, permite-nos acompanhar a evolução clínica das pacientes portadoras de hiperplasias endometriais, sob tratamento hormonal. Na pós-menopausa, o sangramento genital preocupa e exige ampla investigação. A literatura tem demonstrado que, no sangramento genital pós-menopausa, a etiologia benigna é a mais comum. Desta forma, o axioma "sangramento da pós-menopausa = curetagem uterina", estaria perdendo sua força; em outras palavras, nem sempre ela seria obrigatória (Cavalcanti de Albuquerque Neto, 1986 e Cavalcanti de Albuquerque Neto et al, 1995).

Outra indicação precisa na pós-menopausa são as pacientes com teste da progesterona positivo, que requerem exame do endométrio com biópsia dirigida. As pacientes submetidas à terapêutica de reposição hormonal podem apresentar sangramento, principalmente no período de adaptação ao tratamento, e necessitam de acompanhamento cuidadoso. A maior dificuldade que se tinha, até então, era ultrapassar o orifício interno do canal endocervical, com a camisa diagnóstica convencional de diâmetro total de 5 mm, nas pacientes menopausadas. Embora maior que o número de insucessos em pacientes no menacme, este contingente na pós-menopausa não ultrapassa 12%. Agora, entretanto, com a utilização da ótica de 1,2 mm de diâmetro, a realização de biópsia dirigida de lesões focais da cavidade endometrial tornou-se mais freqüente e de fácil execução.

"Embora a curetagem seja considerada o mais completo método de diagnóstico, em 50 pacientes submetidas a histerectomia total abdominal, após curetagem prévia, demonstrou-se 60% dos casos tinham menos da metade da cavidade examinada e 16% menos que 30% da área total da cavidade uterina representada" (Sotch e Kanbour, 1975).

7. Infertilidade:

No protocolo de estudo da mulher fértil, constitui a microcolpohisteroscopia (MCH) importante avanço no diagnóstico da infertilidade de causa uterina. O estudo do fator uterino tem sido realizado tradicionalmente com métodos indiretos, através do emprego da histerossalpingografia (HSG), da ecografia para avaliação anatômica, e da biópsia de endométrio para o estudo funcional.

A possibilidade de visualização direta e ampliada, a inocuidade e a reprodutibilidade, fizeram com que a histeroscopia possa ser incluída na rotina propedêutica da infertilidade como complemento ou para auxiliar a melhor definição dos outros métodos.

Sempre que houver discordância entre os resultados da citologina oncológica, da colposcopia, da ultrassonografia, histerossalpingografia e das biópsias do colo, da endocérvice e/ou do endométrio, estará indicada a histeroscopia diagnóstica para a visualização e definição do local preciso para obtenção do material para exame anatomopatológico.

8. Contra-indicações:

Na vigência de sangramento uterino importante torna-se impossível a visualização adequada das diversas regiões do útero. Nos processos inflamatórios pélvicos a possibilidade de disseminação contra-indica o exame.

Nas pacientes grávidas o exame está contra-indicado pelo risco de abortamento.

9. Complicações :

As principais complicações estão associadas com o traumatismo uterino, a distensão da cavidade e a propagação de processos infecciosos.

Os traumatismos uterinos poderão provocar desde pequenas a grandes perdas sangüíneas que prejudicam a visualização da cavidade. Teme-se a perfuração uterina como acidente mais grave; nestes casos, deve-se retirar a ótica lentamente observando o local da perfuração. Caso não haja sangramento importante, na maioria das vezes a conduta expectante é suficiente. Os acidentes por excesso de distensão são raros uma vez que se use o histeroflator, devido ao seu controle automático da pressão intrauterina. A principal complicação é a embolia gasosa, que pode ocorrer quando a pressão intra-cavitária ultrapassa os 180,mm/Hg, limite raramente alcançado durante um exame rotineiro.

Infecção genital decorrente de histeroscopia diagnóstica é também muito pouco freqüente, com incidência de 1 para 1.000 (Hamou, 1986).

9. RESULTADOS:

O Resultado da avaliação vídeo histeroscópica é colocado em um LAUDO próprio com as informações observadas (em Anexo).

VÍDEO HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA
Laudo Descritivo
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro
28ª. Enfermaria –Ginecologia
Serviço do Prof. Silvio Silva Fernandes

NOME:

IDADE: anos

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

MÉDICO ASSISTENTE: Dr.

UM: Há anos

DATA:

Histerometria: cm

Canal Cervical:

Orifício Interno:

Cavidade Uterina:

Endométrio:

Óstios Tubários:

Procedimentos Instrumentais: Biópsia

Procedimentos Complementares: Estudo Histopatológico

CONCLUSÃO:

Fotos:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

OBS: Este exame HISTOSCÓPICO é uma ferramenta complementar, e deverá ser avaliado pelo médico assistente para a correlação clínica e decisão terapêutica.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. De Palo, 1991.
2. Rodrigues de Lima e Martins, 1992.
3. Cavalcanti de Albuquerque Neto, 1986 e Cavalcanti de Albuquerque Neto et al, 1995.
4. Sotch e Kanbour, 1975.
5. Hamou, 1986.
6. Tratado de videoendoscopia e cirurgia minimamente invasiva em ginecologia, Crispi, C. P. Editora Rúbio - 2007.

**ROTINAS DO AMBULATÓRIO
DE
CLIMATÉRIO**

CONTEÚDO

Introdução	3
1 – Anamnese	4
2 - Exame Físico Geral	5
3 - Exame ginecológico	5
4 - Exames Complementares	5
4.1 - Exames laboratoriais	5
4.2 - Rastreamento mamário	6
4.3 - Colpocitologia oncótica	7
4.4 - Investigação endometrial	7
4.4.1 - Teste do progestogênio	7
4.4.2 - Ultrassonografia pélvica transvaginal	8
4.5 - Avaliação óssea	8
5 – Tratamento	9
5.1 - Terapia Hormonal (TH)	9
5.2 - Tratamento Medicamentoso não Hormonal	9
5.3 – Fitoterápicos	10
ANEXO 1 – Terapia Hormonal	11
ANEXO 2 - Terapia não hormonal	13
Referências Bibliográficas	14

Rotinas do Ambulatório de Climatério da 28ª Enfermaria da

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

- Serviço do Prof. Silvio Silva Fernandes -

O ambulatório da 28ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro vem ao longo destes anos cumprindo um papel de grande importância em nossa sociedade.

O atendimento se faz de forma multidisciplinar. Além de termos especialistas nas diversas sub-áreas dentro da ginecologia, contamos também com equipes de nutrição e psicologia que funcionam de maneira totalmente integrada à equipe médica.

Climatério, termo derivado do grego *Klimacton* que significa “período de crise ou mudança”, pode ser definido como o período de transição entre a fase reprodutiva ou menacme e a fase não-reprodutiva ou senilidade. Inicia-se em torno dos 40 anos e termina ao redor dos 65 anos de idade, durante o qual ocorre a menopausa (do grego *mens* = mês; *pausis* = pausa) que é definida pela OMS como a parada permanente da menstruação, em consequência da perda definitiva da atividade folicular ovariana, o que acontece entre 48 e 52 anos. Divide-se em duas fases: a pré-menopausa, que se estende dos 40 anos até a menopausa e na qual, até a sua primeira metade (45 anos), em geral não ocorre qualquer sinal clínico, embora seja acompanhada por mínimas alterações endócrinas, e a fase pós-menopausa, cujo marco inicial é a menopausa e se estende até os 65 anos, quando se inicia a senilidade. O termo perimenopausa é utilizado para descrever o período entre alguns anos antes da menopausa (sintomas como irregularidade menstrual, vasomotores ou carenciais de estrogênio) e termina doze meses após a última menstruação¹.

Por ser um momento de transição, a perimenopausa é o período do climatério de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos devido à flutuações hormonais. Os sintomas depressivos incluem: irritabilidade, choro fácil, labilidade do humor, ansiedade, perda de energia, desânimo, diminuição da atenção e insônia.

Tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade, diabetes mellitus, sedentarismo e deficiência estrogênica, são fatores de risco para a formação da placa aterosclerótica. Mudanças que ocorrem durante a menopausa, incluindo perfil lipídico e peso, contribuem ao aumento do risco de doença cardiovascular após esta fase.

Esta breve seção tem por objetivo apresentar nossa maneira de abordagem às mulheres no Climatério.

O atendimento médico consta de anamnese, exame físico e ginecológico cuidadosos, dirigidos à identificação de possíveis doenças clínicas, rastreamento de câncer e osteoporose, seguidos dos exames complementares básicos e, quando necessários, específicos.

1- Anamnese:

- **Queixas clínicas:** fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, cansaço, diminuição da memória, da libido, ressecamento vaginal, dispareunia, astenia e sintomas gênitourinários.
- **História ginecológica e obstétrica:** idade da menarca; data da última menstruação/menopausa; irregularidades menstruais; paridade, tipos de parto; método contraceptivo; hábitos sexuais, número de parceiros (comportamento de risco para DST/AIDS).
- **Antecedentes pessoais:** cirurgias, alergias, tabagismo, etilismo, doenças crônicas, uso de medicamentos.

- **Fatores de risco para doenças cardiovasculares(DCV):** hipertensão, tabagismo, dislipidemias (aumento do colesterol LDL, diminuição do HDL e aumento dos triglicerídeos), *Diabetes mellitus*, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, envelhecimento, fatores psicossociais e história familiar.
- **Fatores de risco para osteoporose:** Maiores: fratura anterior causada por pequeno trauma, sexo feminino, baixa massa óssea, raça branca ou asiática, idade avançada em ambos os sexos, história familiar de osteoporose ou fratura de colo de fêmur, menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada, Uso de corticóides. Menores: doenças que induzam à perda de massa óssea, amenorréia primária ou secundária, menarca tardia, nuliparidade, hipogonadismo primário ou secundário, baixa estatura e peso (IMC < 19), perda importante de peso após os 25 anos, baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio, alta ingestão de proteína animal, pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas freqüentes, sedentarismo, tabagismo e etilismo, medicamentos (heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio), alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola e chás).
- **História familiar:** doenças crônico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares), gastrointestinais, osteoporose, câncer ginecológico e outros.
- Funcionamento gastrointestinal e urinário.
- Freqüência de realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e do câncer de mama.
- Hábitos alimentares: ingestão de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos, atividades físicas (tipo, regularidade e duração).

2- Exame Físico Geral

- Verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$): baixo peso ($IMC < 18,5$), sobrepeso ($IMC > 25$) ou obesidade ($IMC > 30$).
- Verificação da pressão arterial (PA).
- Medida da circunferência abdominal (> 80cm indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica e risco cardiovascular).
- Inspeção: fáscias, aspecto da pele, fâneros, mucosas, alterações circulatórias (varizes, edema).

3- Exame ginecológico

- Avaliação mamária: assimetrias, retrações, abaulamentos, nódulos, descarga papilar; palpação axilar.
- Palpação abdominal e pélvica (investigação de anormalidades na parede e na cavidade ou alterações nas características dos órgãos internos (localização, volume, forma, consistência, mobilidade)).
- Inspeção da vulva (trofismo, coloração, distribuição dos pelos); distopias, roturas perineais,
- Exame com espécuro: a avaliação do pregueamento da mucosa bem como da lubrificação vaginal, avaliação do colo (coloração, presença de lesões).

4- Exames Complementares:

4.1- Exames laboratoriais. Rotineiramente devem ser colhidos após 12 horas de jejum com frequência anual. A pesquisa de sangue oculto nas fezes requer orientações dietéticas prévias à coleta do material para evitar os falso-positivos. Havendo necessidade de exames mais específicos, devem ser solicitados de acordo com as indicações individuais.

- Hemograma completo: anemia, processos infecciosos, alterações imunológicas
- TSH: hipo/hipertireoidismo (= 20 anos: 0,45-4,5 mUI/L)
- Glicemia: nesta faixa etária observa-se maior incidência de diabetes mellitus tipo II (DM II), e na maioria das vezes, apresenta-se de forma assintomática e relacionado à obesidade abdominal (normal: 70 a 125mg/dl).
- Teste oral de tolerância à glicose: indicado em mulheres obesas, com história familiar de DM e glicemia de jejum normal.
- Colesterol total e frações: dislipidemias (desejável: inferior a 200 mg/dl; limítrofe: de 200 a 239 mg/dl; elevado: superior a 239 mg/dl)
- Triglicérides: risco de DCV (= 150 mg/dl)
- EAS ou urina tipo I: função renal
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO)*: rastreamento para câncer colorretal.

*Dieta para a PSO: 3 dias de dieta – colher as fezes no quarto dia: NÃO PODE: chás, feijão, verduras, cenoura, carne, medicamentos com ferro; PODE: arroz, batata, frango, chuchu.

Sendo o diagnóstico do climatério essencialmente clínico, as dosagens hormonais ficam reservadas para os casos em que haja dúvida no diagnóstico como na falência ovariana prematura, por exemplo. A dosagem do FSH é suficiente para o diagnóstico de hipofunção ou falência ovariana, quando o resultado for maior que 40 mUI/ml.

4.2- Rastreamento mamário. Segundo as Normas e Recomendações do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama (2004)²², recomenda-se:

1. rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, anualmente;
2. rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
3. exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres com risco elevado de desenvolver este câncer;
4. garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

São definidos como grupos de risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

1. mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com este diagnóstico, abaixo dos 50 anos de idade, ou com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
2. mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
3. mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ²².

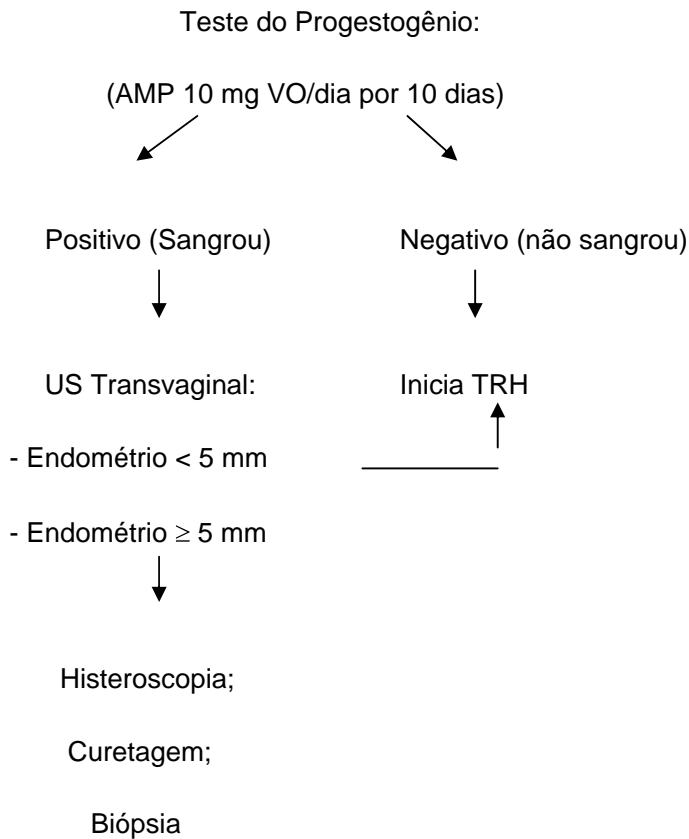
A Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM)³⁵ em conjunto com as sociedades de especialidades, entre elas a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), realizaram um trabalho para elaboração de Diretrizes Médicas baseadas em evidências científicas com o objetivo de padronizar condutas em diversos assuntos. Em relação ao câncer de mama, as orientações são as seguintes:

1. AEM mensalmente a partir dos 20 anos de idade
2. ECM entre 20 e 40 anos a cada 3 anos e a partir dos 40, anualmente.
3. MMG anual a partir dos 40 anos de idade; entre os 50 e 69 anos, a cada 2 anos; após os 70 anos, de acordo com a expectativa de vida.

4.3 - Colpocitologia oncótica para rastreamento das lesões do colo uterino em seus estágios iniciais. A colpocitologia representa bom parâmetro para seguimento da hormonioterapia.

4.4 - Investigação endometrial

4.4.1 - Teste do progestogênio. Ministra-se 10 mg/dia de Acetato de Medroxiprogesterona por 10 dias como rastreamento para o câncer de endométrio. Havendo sangramento (teste positivo), deve-se proceder à ultra-sonografia transvaginal a fim de mensurar a espessura endometrial. Sendo esta medida menor que 5 mm, está autorizado o início da terapia hormonal (TH), assim como nos casos de não ter havido sangramento (teste negativo). Estando a medida endometrial maior ou igual a 5 mm, torna-se mandatório prosseguir a investigação com avaliação histológica.



4.4.2 - Ultrassonografia pélvica transvaginal. Útil na mensuração e observação do aspecto endometrial. É considerado normal até 5 mm (e até 8mm nas mulheres usuárias de TH). Nos casos de espessamento é obrigatório prosseguir a investigação por histeroscopia e biópsia endometrial, ou mesmo curetagem para estudo anatomopatológico.

4.5 - Avaliação óssea

Nos primeiros 5 a 10 anos que seguem a última menstruação essa perda pode ser de 2% a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical. A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, sendo as de vértebras, fêmur e antebraço as mais freqüentes.

Deve-se considerar a avaliação de mulheres após a menopausa que possuem um ou mais fatores de risco para osteoporose e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco.

5 - Tratamento

5.1 - Terapia Hormonal (TH)

Indicações:

- Correção da disfunção menstrual na perimenopausa;
- melhoria dos sintomas climatéricos;
- prevenção secundária e melhora da osteoporose;
- proteção cardiovascular;
- prevenção e tratamento da atrofia urogenital.

Contra-indicações absolutas:

- sangramento vaginal não-identificado
- doença hepática aguda
- carcinoma de mama
- trombose vascular aguda

Contra-indicações relativas:

- história de tromboembolismo
- leiomioma uterino
- endometriose
- calculose biliar
- disfunção hepática crônica
- câncer de endométrio
- hipertensão arterial
- *Diabetes mellitus* não-controlados.

Em mulheres na pré-menopausa, com irregularidade menstrual, inicia-se a TH com progestogênio.

Em mulheres na pós-menopausa com útero intacto, deve-se prescrever estrogênio associado a progestogênio, nas menores doses possíveis suficientes ao alívio dos sintomas.

Em mulheres na pós menopausa histerectomizadas, prescreve-se apenas estrogênio.

5.2 - Tratamento Medicamentoso não Hormonal

O tratamento medicamentoso não hormonal pode melhorar os sintomas vasomotores, principalmente se leves ou moderados, ansiedade e/ou depressão, relacionados ou não ao climatério.

Indicações:

- mulheres que não desejam a hormonioterapia
- mulheres com efeitos colaterais da TH
- contra-indicação à TH
- mulheres sintomáticas em que a resposta à terapia hormonal é insatisfatória.

5.3 - Fitoterápicos

Os fitoterápicos ainda não dispõem de resultados que apóiem o seu uso, não sendo recomendado pelas sociedades da especialidade (FEBRASGO, SOBRAC).

Ademais, discutidos todos os potenciais riscos e benefícios da TH, sugeridas mudanças no estilo de vida sempre que necessário, é decidido individualmente, em consenso com a paciente, qual a melhor terapêutica a ser instituída.

ANEXO 1 – Terapia Hormonal

Estrogênios: doses e vias de administração

Via oral	Dose	Nome comercial
Estrogênios conjugados (EC)	0,3 - 0,45 - 0,625 - 1,25 mg/dia	Estrogenon, Estroplus, Menosedan, Merimono, Premarin, Repogen.
Valerato de Estradiol (VE)	1 – 2 mg/dia	Primogyna
Hemisuccinato de Estradiol (HE)	1,5 mg/dia	Estreva, Estrofen
Estriol (E ₃)	2 – 6 mg/dia	Ovestrion
Via transdérmica		
Estradiol transdérmico (E ₂)	25 – 50- 100yg/dia	Climaderm 7 dias, Estraderm Matrix, Estraderm TTS, Fem 7, Ginedisc, Menorest, Lindisc 50, System
Estradiol gel (E ₂)	0 – 5 – 1,0 - 1,5 - 3,0 mg/dia	Estreva gel, Oestrogel, Sandrena
Via nasal		
Estradiol intranasal (E ₂)	300 yg/dia	Aerodiol
Via subcutânea		
Estradiol implante (E ₂)	25 mg cada 6 meses	Riselle
Via vaginal		
Estrogênios conjugados (EC)	0,625 mg/dia	Premarin
Estriol (E ₃)	1 - 2 mg/dia	Ovestrion
Promestrieno	10 mg/dia	Colpotrofine

Progestagênios: doses e vias de administração

Via oral	Dose	Nome comercial
Acetato de Medroxiprogesterona	1,5 – 2,5 – 5,0 – 10 mg/dia	Acemedrox, Acetoflux, Farlutal, Provera
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 – 0,5 – 0,7 – 1,0 mg/dia	Primolut- nor

Acetato de nomegestrol (ANG)	2,5 – 5,0 mg/dia	Lutenil
------------------------------	------------------	---------

ANEXO 1 – Terapia Hormonal (cont.)

Estrogênios + Progestogênios: doses e vias de administração

Via oral	Dose	Nome comercial
Estradiol (E ₂) + Noretisterona (NETA)	1,0 – 2,0 mg/dia 0,5 – 1,0 mg/dia	Activelle, Cliane, Kliogest, Suprema, Trisequens
Valerato de Estradiol (VE) + Acetato de Ciproterona (AC)	2 mg/dia 1 mg/dia	Climene, Elamax
Valerato de Estradiol (VE) + Ac. de Medroxiprogesterona (MPA)	2 mg/dia 10 mg/dia	Dilena
Valerato de Estradiol (VE) + Noretisterona (NETA)	1,0 – 2,0 mg/dia 1,0 – 0,7 mg/dia	Mericomb, Merigest
Valerato de Estradiol (VE) + Levonorgestrel	2,0 mg/dia 0,25 mg/dia	Postoval
Estrogênios conjugados (EC) + MPA	0,625 mg/dia 2,5 – 5,0 – 10 mg/dia	Menosedan ciclo/ fase/ MPA, Premarin MPA, Premelle/ciclo, Prempro mono/ bifásico, Repogen ciclo/conti.
Via transdérmica		
Estradiol + NETA	25 - 50 mcg/dia 0,25 – 50 – 125 - 250 mcg	Estalis SQ, Estracomb TTS, Estragest TTS, Ginedisc 50 plus, System conti/sequi

Classe de Medicamentos	Fármaco	Dose	Mecanismo de ação
Antidopaminérgicos	Veraliprida	100mg/dia	Ação central
	Sulpiride	100mg/dia	Ação central
	Domperidona	10 a 20mg/dia	Ação periférica
Antidepressivos	Venlafaxina	37,5mg a 75mg/d	Ação central - inibidores da recaptagem de serotonina e noradrenalina
Antidepressivos tricíclicos	Carbonato de lítio	300mg/dia	Ação central
	Imipramina	25 a 50mg/dia	Ação central
	Nomifensina	25 a 50mg/dia	Ação central
Antidepressivo tetracíclico	Cloridrato de fluoxetina	20mg/dia	Ação central
Hipno-sedativos	Fenobarbital	50mg/dia	Age no metabolismo do ácido gama aminobutírico
	Alfametildopa	250mg a 500mg/dia	Ação inibidora das catecolaminas
Vasoativos	Benciclano	300mg/dia	Ação vasodilatadora cerebral e periférica
	Cinarizina	75mg/dia	Ação anti-histamínica, age por competição H1
	Clonidina	0,1 a 0,2mg/dia	Ação hipotensora, agonista alfaadrenérgico
	Derivadas do Esporão do Centeio	4,5 a 20mg/dia	Ação vasodilatadora
	Nicergolina	300mg/dia	Ativadora do metabolismo cerebral
	Propranolol	80mg/dia	Ação beta-bloqueadora

Atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário	Bromoergocriptina	1,25 a 2,5mg/dia	Deprime os pulsos de LH
	Ciclofenil	200 a 400mg/dia	Ação na redução do FSH e Prolactina

Principais formulações em TRH de baixa dose

Via oral

17 β-estradiol micronizado 1 mg / didrogesteron 5 mg

17 β-estradiol micronizado 1 mg / acetato de noretisterona 0,5 mg

17 β-estradiol micronizado 1 mg / norgestimato 90 yg (regime intermitente)

Estrogênios conjugados 0,45 mg / acetato de medroxiprogesterona 1,5 mg

Estradiol 1 mg / trimegestona 0,5 mg

Via transdérmica

Estradiol 25 yg

Estradiol 25 yg / noretisterona 125 yg

ANEXO 2 - Terapia não hormonal

Referências Bibliográficas

1. Fernandes CE, Melo NR, Wehba S. Climatério Feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo Lemos editorial, 1999. págs 41 e 42
2. Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. Manual de Atencao a Mulher no Climaterio/Menopausa / Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. – Brasília : Editora do Ministerio da Saude, 2008.
3. Pedroso ERP, Oliveira RG. Blackbook – clínica médica. Belo Horizonte, Blackbook editora, 2007

ROTINAS DE MASTOLOGIA

I. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

1) Anamnese

2) Exame físico das mamas:

- Descrição obrigatória dos tópicos constantes da ficha padronizada:
 - inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas, axilas e região supra-clavicular. A palpação abdominal é realizada em casos de neoplasias malignas comprovadas ou em investigação (suspeita clínica ou radiológica).

3) Exames Complementares:

- Mamografia (MMG):
 - Base aos 35 anos.
 - Anual após os 40 anos.

Obs.: poderá ser indicada em pacientes com menos de 35 anos quando houver indicação clínica.

- Ultra-sonografia das mamas (USG): em pacientes com indicação clínica com menos de 35 anos de idade. Após 35 anos de idade será indicada em pacientes com mamas densas mamograficamente, quando houver indicação clínica e para a diferenciação da natureza (sólida ou cística) de lesões impalpáveis.

II. CONDUTAS POR PATOLOGIA:

1) Alteração Funcional Benigna das Mamas (AFBM) :

- Afastar outras patologias, principalmente as malignas
- Orientação da paciente, esclarecendo a situação, procurando assegurar-lhe a ausência de doença maligna e informando sobre a fisiologia do aparelho reprodutor e das glândulas mamárias.
- Permitido o uso de analgésicos, como acetominofem e ácido acetil salicílico em casos selecionados;
- Deve ser incentivado o uso de sutiã e pode ser indicado o uso de calor úmido sobre as mamas;

2) Nódulos:

A. Nódulos palpáveis:

Nódulo cístico: Terão indicação de punção guiada quando maiores do que 15 mm, paredes internas lisas e conteúdo anecóico.

Exérese cirúrgica em caso de: lesão residual; recidiva após menos de 90 dias; conteúdo sanguinolento à PAAF, quando o exame ultra-sonográfico for indeterminado, apresentar suspeita de malignidade ou volumosos - conteúdo superior a 50 ml.

Cistos indeterminados: Caracterizados por poucos ecos internos, com debris; separações (finas e espessas), com paredes espessadas e os aglomerados de cistos.

- * Follow-up - com septações finas;
- * Exame histopatológico: septações espessas
paredes espessas

- atenção: cistos com massas no interior ou com formas irregulares - exame histopatológico.

Nódulo sólido: PAAF/ Core biópsia e exérese cirúrgica. Podem permanecer em observação clínica - nódulos pequenos, em pacientes com menos de 18 anos de idade

(pela possibilidade de recidivas freqüentes - obrigando a múltiplas cicatrizes cirúrgicas).

mamografia em casos selecionados

nódulo sólido: conduta baseada no exame triplo (exame físico+mamografia+PAAF), ou seja:

biópsia (core ou cirúrgica) se pelo menos um dos exames o indicar; observação clínica: em pacientes com nódulo compatível com lipoma, em pacientes com fibroadenomas calcificados

(calcificações grosseiras) e em pacientes idosas em que as características são definitivamente de benignidade.

- exérese cirúrgica com margem de segurança, mesmo em nódulos considerados benignos, nos demais casos.

B. Nódulos impalpáveis:

- Diagnosticados por mamografia : Solicitar magnificação da lesão

a) nódulo sólido: - Nódulos com características de suspeição de malignidade têm indicação de biópsia (tipo de margens e densidade) e se as margens são ou não completamente visíveis.

- Os nódulos em que não se visualizam pelo menos 75% de suas margens, pela mamografia, têm indicação de biópsia.

- Nódulos com margens visualizadas em mais de 75% e são lisas, sem microlobulações, nem irregularidades, nem espiculações (BIRADS III) são acompanhadas por exame mamográfico semestral, durante 03 anos para confirmar a sua estabilidade, após o que voltarão ao acompanhamento habitual para a faixa etária da paciente. Os nódulos que apresentarem alterações de tamanho (crescimento) ou em suas características terão indicação de biópsia.

c) outras lesões não palpáveis:

1) Microcalcificações suspeitas : exérese por marcação estereotáxica +
RX da peça cirúrgica

2) Distorção do parênquima : exérese por estereotaxia;

3) Densidades assimétricas

- Follow-up ou core-biópsia por estereotaxia de acordo com a lesão.

Uso ou não de TRH - decisão tomada de acordo com o grau de suspeição do laudo mamográfico.

Obs.: as decisões serão sempre tomadas levando-se em conta o laudo mamográfico, onde devem constar as categoria da lesão, de acordo com padronização recomendada pela I Reunião de Consenso da Radiologia para Padronização dos Laudos Mamográficos realizada em 19-04-1998 - CBR, SBM, FEBRASGO. Os exames realizados no Serviço de Radiologia Santa Casa, se necessário, podemos procurar o serviço para nos orientarem. Em casos de exames realizados em outros locais a decisão deverá ser tomada, preferencialmente, após contato com o serviço onde foi realizado o exame. Caso isto não for possível, a decisão deverá sair de uma reunião entre os membros da seção de Mastologia.

- Diagnosticados somente por ultra-sonografia: se os nódulos não forem mamograficamente visíveis a conduta se baseará nos aspectos descritos acima, quando descrevermos as características ultra-sonográficas dos nódulos.

3) Doenças Inflamatórias

- Mastites: antibioticoterapia e analgésicos
- Gelo local
- Estudo ultra-sonográfico
- Punção com agulha grossa e acompanhamento ultra-sonográfico da involução do processo;
- Drenagem com bisturi se não for conseguido êxito com a tentativa de controle descrito acima.

2. abscesso periareolar recidivante: antibioticoterapia

- Cirurgia para exérese da lesão

3. outras: tratamento específico para o caso.

4) Tratamento do Câncer de Mama

A. Operável:

- são considerados operáveis os tumores com até 05 cm de diâmetro (N0, N1 e N2) , sem comprometimento axilar importante (N0, N1) e sem metástases à distância.

- o tratamento de escolha para tumores até 03 cm é o conservador: tumorectomia alargada/esvaziamento axilar e quadrantectomia/esvaziamento axilar - sempre seguidos de radioterapia sobre a mama, com reforço no leito cirúrgico;

- as mastectomias radicais modificadas - Pattey e Madden - serão realizadas em tumores maiores ou quando não haja uma boa proporção entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama que permitam um resultado estético satisfatório;

- a mastectomia radical a Halsted só será realizada em caso de comprometimento extenso do músculo grande peitoral.

- também será realizada mastectomia radical modificada em casos em que se contra-indicam o tratamento conservador, como: presença de doenças do colágeno ou gravidez e quando as pacientes não possam permanecer em follow-up adequado;

- as pacientes e seus familiares serão informados das possibilidades terapêuticas e participarão da escolha da indicação - contando, também, com o apoio do serviço de psicologia;
- só será indicado radioterapia adjuvante em casos tratados com mastectomias quando houver comprometimentos extensos do músculo grande peitoral, ou dos linfonodos axilares - onde não for possível um esvaziamento completo.
- a quimioterapia adjuvante estará indicada em todos os casos de pacientes na pré-menopausa e até 05 anos após a menopausa.
- após 05 anos de menopausa poderá ser indicada hormonioterapia adjuvante, sem quimioterapia, em casos de axilas negativas, ou com ≤ 4 linfonodos comprometidos (e com outros fatores de prognóstico satisfatórios). Nos demais casos, as pacientes, também, serão encaminhados à Oncologia Clínica.
- poderá ser oferecida a possibilidade de reconstrução imediata às pacientes com indicação de mastectomia, em conjunto com a Cirurgia Plástica.
- todas pacientes com nódulos mamários (benignos ou suspeitos) devem ser encaminhados ao Serviço de Psicologia antes da cirurgia ou de tratamento para tratamento neoadjuvante. Assim como, as pacientes portadoras de neoplasias malignas são atendidas em esquema próprio pelas psicólogas.

As demais possibilidades de tratamento, principalmente para o Carcinoma in situ, Carcinoma de Paget, Carcinoma Inflamatório, Carcinomas Especiais serão analisadas em reunião do Serviço.

Rastreamento de Metástases:

Pré-operatório:

- Dosagem de fosfatase alcalina
- Bilirrubinemia
- Ultra-sonografia do andar superior do abdomen
- Raios X tórax AP/Perfil
- Raios X de bacia e coluna lombo-sacra

Pós-operatório:

- Exame físico: mensal (nos primeiros três meses), trimestral (no primeiro), semestral (após o segundo anos);
- Mamografia: anual
- Ultra-sonografia do andar superior do abdomen: anual
- Raios X tórax AP/Perfil: anual
- Exame de sangue: dosagem de fosfatase alcalina, gama glutamil transferase, bilirrubinas e Ca 15.3 (anual)

B. Inoperável:

As pacientes serão encaminhadas para o tratamento indicado em cada caso, ressaltando-se a possibilidade de tratamento neo-adjuvante (quimioterapia) para tumores maiores de 05 cm com a finalidade de se realizar mastectomias radicais ou cirurgias conservadoras em caso de resposta eficaz (T3NOM0).

O follow-up será realizado de acordo com o tipo de metástase apresentada.

PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CA DE MAMA

ROTINAS PARA O TRATAMENTO

Estadio 0 (CDIS)

- 1) Consulta médica
- 2) Avaliação da mamografia
- 3) Nódulo palpável: biópsia cirúrgica ou core biópsia
- 4) Nódulo impalpável: biópsia guiada por mamografia (estereotaxia) ou por ultra-sonografia (se a lesão for visível por este método), ou core biópsia guiada por mamografia ou por ultra-sonografia
- 5) Exame histopatológico
- 6) Pré-operatório: hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea, bioquímica, análise sumária de urina, radiografia simples de tórax AP/Perfil, ECG, consulta médica com cardiologista
- 7) Tratamentos possíveis: a) tumorectomia mais raditoterapia; b) tumorectomia; c) mastectomia simples
- 8) Internação: tumorectomia: 01 dia
mastectomia simples: 02 dias

9) Observações: a escolha do tratamento pode seguir, por exemplo, o índice prognóstico de Van Nuys (anexa). Recomendações básicas:

- Indicação absoluta de mastectomia simples: mais de 02 tumores primários na mesma mama; microcalcificações difusas aparentemente neoplásicas; persistência de margens positivas após ressecções cirúrgicas;
- Possibilidade de tratamento conservador com radioterapia: margens livres; quando não houver aparência de multicentricidade ou microcalcificações suspeitas difusas, sem comprometimento intraductal extenso por mais de 04 cm.

Nos casos de o DCIS ter sido diagnosticado por microcalcificações, uma nova mamografia deve ser realizada antes do início da radioterapia - se persistirem as microcalcificações, elas devem ser retiradas;

- Requisitos para o tratamento conservador sem radioterapia: tumor de baixo grau, de volume pequeno, com margens nitidamente livres;
- Esvaziamento axilar: não está indicado, contudo pode se realizar esvaziamento ou amostragem do nível I, durante a mastectomia simples, em casos de tumores de alto grau ou com comprometimento intraductal extenso (pelo risco de carcinomas microinvasivos ou invasões não diagnosticadas). Os linfonodos clinicamente suspeitos devem ser retirados e

examinados histopatologicamente (de preferência por congelação), a positividade indica esvaziamento dos níveis I e II.

Estadio I

- 1) Consulta médica
- 2) Avaliação da mamografia

A: tumor palpável

- PAAF
- Biópsia excisional (com margens)
- Pré-operatório: hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea, bioquímica, análise secundária de urina, raios X de tórax AP/Perfil, ECG, consulta médica com cardiologista
- Exame histopatológico
- Margens livres = tratamento : esvaziamento axilar ou mastectomia radical modificada (MRM);
- Margens comprometidas = MRM, ou:
 - re-excisão \Rightarrow margens livres \Rightarrow esvaziamento axilar
 - \Rightarrow margens comprometidas \Rightarrow MRM

B: tumor impalpável

1ª opção:

- Core biópsia guiada por mamografia ou ultra-sonografia (se visível)
- Raios X da peça cirúrgica (obrigatória em microcalcificações e nódulos)
- Exame histopatológico
- Pré-operatório: idêntico ao do tumor palpável
- Tumorectomia alargada
- Histopatológico= verificação das margens cirúrgicas (preferencialmente por congelação)
- Esvaziamento axilar : em caso de margens livres, ou:
- Margens comprometidas: re-excisão \Rightarrow exame histopatológico \Rightarrow



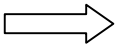
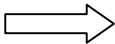
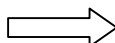
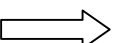
\Rightarrow margens livres \Rightarrow esvaziamento axilar

\Rightarrow margens comprometidas \Rightarrow MRM

- Exame histopatológico

2ª opção:

- Biópsia cirúrgica guiada por mamografia ou ultra-sonografia (se visível)
- Raios X da peça cirúrgica (obrigatória em microcalcificações)
- Exame histopatológico

- Esvaziamento axilar em caso de margens livres, ou:
- Re-excisão:  com margens comprometidas  ex. histopatológico
 margens livres  esvaziamento axilar;
 margens comprometidas:  MRM

4) Dosagem de receptores hormonais

5) Radioterapia- nos casos de tratamento conservador

6) Tratamento sistêmico; Qt ou Ht

7) Tempo de Internação:

- Biópsia excisional ou tumorectomia: 01 dia
- Esvaziamento axilar com ou sem tumorectomia ou quadrantectomia: 03 dias
- MRM: 05 dias

Estadio IIa:

1) Exame histopatológico

2) Dosagem de receptores hormonais

3) Pré-operatório: idêntico ao do Estadio I

4) Tratamento cirúrgico: a) quadrantectomia com esvaziamento axilar

- Indispensável a obtenção de margens livres: já por ocasião da biópsia cirúrgica, ou pela quadrantectomia, ou em re-excisão após esta;

b) MRM;

5) Radioterapia: em caso de tratamento conservador

6) Tratamento sistêmico

7) Tempo de internação:

- Biópsia cirúrgica: 01 dia
- Quadrantectomia com esvaziamento axilar: 03 dias
- MRM: 05 dias

Estadio IIb:

1) Consulta médica

2) Avaliação da mamografia

3) PAAF

4) Core biópsia ou biópsia cirúrgica

5) Exame histopatológico

6) Dosagem de receptores hormonais

7) Pré-operatório: os mesmos de EI e EII, mais: cintigrafia óssea, ultra-sonografia abdominal, provas de função hepática e dosagem de CA 15.3

8) Tratamento cirúrgico: a) quadrantectomia com esvaziamento axilar (margens livres, como em IIA); b) MRM

9) Radioterapia em caso de tratamento conservador

10) Tratamento sistêmico

11) Tempo de internação: id de EIIa

Estadio III:

- 1) Consulta médica
- 2) Avaliação da mamografia
- 3) PAAF
- 4) Core biópsia (preferencialmente), ou biópsia incisional
- 5) Exame histopatológico
- 6) Dosagem de receptores hormonais
- 7) Risco cirúrgico: id de EIIb
- 8) Qt neoadjuvante - 03 ciclos
- 9) Consulta médica
- 10) Tratamento cirúrgico (pós quimioterapia): MRM
 - Permite-se- a quadrantectomia com esvaziamento axilar (pós redução do volume tumoral por quimioterapia) em casos selecionados - em serviços especializados e com protocolos rígidos
- 11) Exame histopatológico
- 12) Qt
- 13) RXT
- 14) Internação para a cirurgia: 05 dias
- 15) Seguimento pós-tratamento – Ambulatório de Mastologia
- 16) Radioterapia – Hospital Mário Kroeff
- 17) Quimioterapia – Hospital Mário Kroeff

ROTINAS

DE

UROGINECOLOGIA

1. Expediente – atendimento às 4 feiras das 8h às 12h.
2. Público – pacientes acometidas por distúrbios do assoalho pélvico e da continência urinária. Estas pacientes são avaliadas primariamente em ambulatórios gerais, outros especializados ou de outras clínicas e, assim, encaminhadas à avaliação específica deste setor.
3. Fluxograma de atendimento uroginecológico:
 - I. Anamnese específica digirida conforme ficha confeccionada ao próprio ambulatório associada ao preenchimento do prontuário geral da enfermaria;
 - II. Exame físico direcionado às queixas uroginecológicas da paciente;
 - III. Avaliação do IMC e questionamento do grau de impacto social provocado pelas queixas;
 - IV. Rotina laboratorial - EAS, urinocultura, glicemia de jejum;
 - V. Encaminhamento para equipe multiprofissional (nutrição, psicologia, fisioterapia, neurologia) conforme necessidade;
 - VI. Solicitação de estudo urodinâmico conforme achados na anamneses e exame físico;
 - VII. Estabelecimento de condutas conservadoras, mesmo que seja necessário procedimento cirúrgico associado;
 - VIII. Definição da técnica cirúrgica a ser utilizada, caso seja indicado;
 - Instituição de terapia estrogênica, preferencialmente, via vaginal (salvo contra-indicações);
 - Solicitação exames pré-operatórios comuns às cirurgias ginecológicas;
 - Marcação da cirurgia no próprio ambulatório.

- IX. Em caso de tratamento cirúrgico procede-se a revisão cerca de 14 dias após o procedimento;
- X. Acompanhamento em consultas de 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano – conforme tipo de tratamento instituído e evolução da paciente.

FICHA DE ATENDIMENTO

Nome: _____

Prontuário: _____ Data: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

Idade: _____ DUM: _____

Cor: branca negra parda

IMC (pré e pós): _____ / _____

PESO INICIAL: _____

Sintomatologia/Exame físico:

- Urgência T: _____ Rorura do corpo perineal grau _____
- Perda urinária aos esforços T: _____ Prolapso uterino grau _____
- Nictúria T: _____ Prolapso parede anterior grau _____
- Outros _____ Prolapso parede posterior grau _____

ESTADIAMENTO POP-Q _____

Grau de impacto na vida social: 1 2 3

Patologia uterina associada: NÃO SIM _____

Patologias secundárias: NÃO SIM _____

Cirurgias prévias: NÃO SIM _____

História obstétrica: G _____ P _____

Parto vaginal dirigido Parto vaginal a fórceps Cesariana

Urodinâmica (____/____/____):

- Hiperatividade do detrusor Incontinência de esforço (tipo _____) Mista
- Sem alterações Outros _____

Terapias alternativas:

Estrogênio local Fisioterapia Anticolinérgicos

Cirurgia. Qual? _____

Outros

Cirurgia (____ / ____ / ____):

Colpoplastia anterior Colpoplastia posterior Sling suburetral

HTV Colpoplastia anterior com tela Colpoplastia posterior com tela

Outras _____

Complicações:

Hematoma Dor Infecção Extrusão Sangramento

Dispareunia Incontinência

Outros _____

Evolução:

1 mês (____ / ____ / ____)

3 meses (____ / ____ / ____)

6 meses (____ / ____ / ____)

1 ano (____ / ____ / ____)

BIBLIOGRAFIA:

1. Ostergard B. Uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. 5 ed. Guanabara Koogan; 2006;
2. Girão MJB, editores. Cirurgia vaginal e uroginecologia. 1 ed. Artes médicas; 2002;
3. Palma P, Rodrigues N. Uroginecologia ilustrada. 1 ed. Roca; 2005;
4. Netto OF. Atlas de cirurgia do assoalho pélvico – novas perspectivas. 1 ed. Midiograf; 2009;
5. Livro eletrônico de uroginecologia e cirurgia vaginal – USP. Disponível em:
<http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/5>

Rotina do Ambulatório de Planejamento Familiar

O Ambulatório de Planejamento Familiar da enfermaria 28 da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Serviço do Prof. Dr. Silvio Silva Fernandes) funciona todas às 3º feiras das 08 às 13h.

Objetivos:

1. Ampliar o acesso das mulheres/casais a informações e métodos para o planejamento familiar.
2. Promover a dupla proteção: evitar a gravidez indesejada e proteção da DST/AIDS.
3. Reduzir a mortalidade materna.
4. Evitar gestações de alto risco.
5. Reduzir o número de abortos provocados.

Funcionamento do ambulatório:

- Acolhida da paciente no serviço.

- As pacientes que freqüentam o ambulatório de Planejamento Familiar e que desejam método anticoncepcional são orientadas a participar das reuniões/palestras com as psicólogas do serviço, onde são discutidas algumas dúvidas e dados alguns esclarecimentos em relação aos métodos disponíveis.

Neste grupo elas têm oportunidade de “discutir” sua relação conjugal, trocar informações sobre os métodos com outras pacientes, avaliar a necessidade da participação do parceiro na escolha do método, discutir sobre a prevenção das DST/AIDS, entre outros assuntos que surgem no decorrer das reuniões, e todos sempre acompanhados por uma profissional capacitada para melhor orientar e aconselhar nossas mulheres.

Atendimento ambulatorial:

- O atendimento no ambulatório é feito com consulta marcada e por ordem de chegada.

1. Identificação da paciente

2. Anamnese dirigida

- Boa história clínica - Pesquisar VCI, DSTs, uso de drogas, uso de métodos anticoncepcionais (modo de utilização, tempo, queixas, satisfação e comodidade em relação ao método, avaliar contra-indicações, participação e aceitação por parte do parceiro, se enquadra nos critérios da Organização Mundial de Saúde)

- História matrimonial e obstétrica - início da vida sexual, uso de método anticoncepcional, número de gestações, abortamentos (G / P / Ab), tipo de parto, número de parceiros.

3. Exame físico geral e ginecológico

- independente do motivo da consulta e/ ou queixa da paciente.

4. Exames complementares

- Exame colpocitológico (citologia triplíce)

- Ultra-sonografia transvaginal (quando necessário)

5. Apresentação e esclarecimento a respeito de todos os métodos anticoncepcionais, orientação quanto escolha do método.

Nossas pacientes têm uma grande necessidade da informação. Cabe ao médico promover informações minuciosas sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, quanto ao modo de utilização, vantagens e desvantagens de cada um deles, indicações e contra-indicações e o ideal seria que o casal escolhesse o método que melhor se adapte a eles – cabe o médico intervir caso haja alguma contra-indicação para utilizá-lo. Quanto maior o grau de conhecimento que a paciente tem sobre os métodos anticoncepcionais, tanto mais livre e coerente será a decisão que ela irá tomar. É eticamente fundamental que o paciente faça a opção pelo meio ou recurso a ser usado, auxiliado pelo médico.

Métodos Anticoncepcionais disponíveis:

. Anticoncepcionais hormonais orais

. Anticoncepcionais hormonais injetáveis

. Dispositivos Intra-Uterinos (T Cu 380-A)

Os métodos contraceptivos são prescritos às nossas mulheres conforme desejo da paciente, avaliando as indicações e contra-indicações individuais; sempre com acompanhamento posterior (todas as pacientes saem da consulta com seus retornos agendados bem como orientadas comparecer ao serviço a qualquer momento em caso de dúvidas e/ou alterações na utilização do método indicado).

Métodos Contraceptivos Reversíveis

1. Métodos Comportamentais ou Naturais:

São métodos com baixa eficácia, mas ainda utilizados por algumas mulheres (principalmente por questões religiosas).

São métodos que alteram o comportamento sexual do casal, dependem da motivação e aprendizado e não protegem contra as DST/AIDS.

Nos métodos comportamentais em algum período do ciclo menstrual da mulher, o casal é obrigado a fazer abstinência sexual (durante o período fértil).

São eles:

a) Tabela, Ritmo ou Ogino-Knaus

1. Anotar a duração dos seus ciclos menstruais por, pelo menos, 06 meses;
2. Anotar a duração do ciclo mais curto e do mais longo;
3. Diminuir 18 da duração do ciclo mais curto para identificar o início do período fértil;
4. Diminuir 11 do período mais longo para identificar o final do período fértil.

Este não é um bom método para mulheres com muita irregularidade menstrual porque o tempo de abstinência será muito grande. Também não é um método que possa ser iniciado de uma hora para outra porque exige a observação da duração dos ciclos menstruais por, pelo menos, seis meses.

b) Temperatura basal

Consiste na verificação diária da temperatura corporal; o valor da temperatura deve ser anotado diariamente num gráfico que é fornecido à mulher. No período ovulatório, ocorre um aumento da temperatura de 0,3 a 0,8 graus.

c) Muco Cervical ou Método de Billings

O muco cervical muda conforme o período do ciclo menstrual.

A mulher deve observar diariamente as características do muco para tentar identificar o período ovulatório; nesse período o muco aumenta sua filância e fica mais distensível.

A mulher deve evitar ter relações desde o primeiro dia em que o muco aparece até três dias depois da mudança do muco.

d) Sintotérmico

É o uso conjunto de 02 ou 03 métodos anteriormente citados.

2. Métodos de Barreira

Importante nesse momento, orientar nossas mulheres quanto à necessidade da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

São eles:

a) Preservativo Masculino e Feminino

- O preservativo masculino é um método bastante utilizado, mas não se deve perder a oportunidade de, no momento da consulta, orientar o modo correto de utilização. Uma grande vantagem é a proteção contra as DSTs.
- O preservativo feminino é constituído de poliuretano, pode ser inserida fora do intercurso sexual, é bem mais resistente, porém não é muito estética (recobre a cérvix uterina, paredes vaginais e parte da vulva).

b) **Diafragma e gel espermaticida**

É um dispositivo de silicone que recobre o colo uterino.

A mulher desejosa de usar esse método deve comparecer a consulta onde orientamos quanto utilização de forma correta e fazer a medição do diafragma (temos no ambulatório os anéis compatíveis com os diversos tamanhos do diafragma).

Sempre orientamos a utilizar o gel espermaticida (monoxinol-9 a 2%).

Após a medição, prescrevemos o tamanho correspondente àquela paciente e a ensinamos como utilizá-lo de forma correta (como e quando colocar e retirá-lo). Agendamos uma próxima consulta que ela deverá vir com o diafragma para conferir sua posição e pedir para que ela o coloque e o retire nessa consulta; só após a certeza de uma boa adaptação ao método, retiramos o outro método contraceptivo que por ventura ela possa estar usando.

Orientações quanto aos cuidados com o diafragma:

- Após o uso lavar com sabão neutro e água fria e enxugar em toalha de pano ou papel. Depois espalhar amido de milho por toda a superfície, guardar em recipiente próprio.

3. Dispositivo Intra-Uterino

O DIU é um método disponível e bastante procurado em nosso serviço. O DIU que temos é o T CU 380 A (revestido com 314 mm² de cobre na haste vertical e dois anéis de 33 mm² de cobre em cada haste horizontal; duração de 10 anos).

Rotina para inserção do DIU:

1. Boa Anamnese (tentando enquadrar a mulher desejosa de inserir o DIU nos critérios da Organização Mundial de Saúde)
2. Exame físico ginecológico
3. Colpocitologia triplíce recente
4. Tratamento (quando necessário)
5. Retorno, no período menstrual, para inserção do DIU.
6. USG transvaginal
7. Retorno da paciente após sua próxima menstruação.
8. Retorno em 03, 06 meses e depois 01 vez ao ano.

A USG transvaginal não é realizada, de rotina, antes da inserção do DIU.

Inserção do DIU:

1. Toque vaginal bimanual.
2. Colocação do espelho vaginal.
3. Assepsia e antisepsia.
4. Pinçamento do lábio anterior do colo uterino.
5. Histerometria.
6. Inserção do DIU.
7. Cortar o fio com tesoura. Deixar o fio do DIU a 03 cm do colo do útero.
8. Retirada do instrumental.

4. Métodos Hormonais

Rotina:

1. Anamnese (sempre tentando atender a escolha da mulher/casal; avaliando as indicações e contra-indicações do método)
2. Exame físico e ginecológico.

3. Colpocitologia tríplice (deve ser realizado de rotina) – outros exames complementares, se necessário.
4. Prescrição e orientação quanto ao método (esclarecendo todas as possíveis dúvidas que por ventura possam surgir em relação ao método).
5. Fornecimento do anticoncepcional hormonal, sempre que disponível em nosso serviço.
6. Acompanhamento posterior seqüencial, com consultas agendadas.

Contra-indicações:

- . Neoplasias hormônio-dependente ou suspeita
- . Tromboflebite ou doença tromboembólica aguda
- . Doenças cardíacas, coronarianas, cerebrovascular ou ocular agudas
- . Sangramento uterino anormal não diagnosticado
- . Gravidez confirmada ou suspeita
- . Hipertensão arterial grave
- . Diabetes insulino-dependente grave
- . Fumante acima de 35 anos
- . Hepatopatia aguda ou crônica
- . Lúpus eritematoso sistêmico

Fatores a serem considerados ao escolher um método contraceptivo:

- . Disponibilidade: método de fácil aquisição.
- Custos: eventualmente é necessário pesar os custos do método escolhido pelo casal.
- . Eficácia: é importante observar a taxa de eficácia do método.
- Riscos para a saúde: alguns métodos podem não ser boa opção devido a riscos potenciais à sua saúde (devemos avaliar separadamente cada caso ao uso do método indicado).
- . Envolvimento do casal: a aceitação na utilização por parte do parceiro é fundamental na eficácia do método.
- . Risco de uma gestação: ao escolher um método contraceptivo, o casal deve ser orientado e esclarecido dos riscos de falha do método.

ROTINAS DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA

1. Indicação - A antibioticoprofilaxia está indicada nas cirurgias em que a ocorrência de complicações é elevada ou grave e a literatura demonstra a eficácia do uso.

2. Início do antibiótico - É fundamental garantir nível sérico adequado do antibiótico no momento da agressão tissular, seguindo um importante princípio de prevenção da infecção cirúrgica que é a aplicação do antibiótico cerca de 30 minutos antes do início da cirurgia, geralmente coincidindo com o momento da indução anestésica.

3. Posologia do antibiótico durante cirurgia - Os níveis plasmáticos protetores devem ser mantidos durante toda a cirurgia. Recomendamos que as doses sejam repetidas no decorrer do ato operatório, respeitando a meia-vida do fármaco e considerando o aumento das perdas sanguíneas inerentes ao procedimento.

4. Duração da profilaxia - Para a maioria dos pacientes não há vantagens em prolongar a profilaxia além do tempo

cirúrgico. Grande parte dos procedimentos com duração inferior a 4 horas necessita de uma única dose de antibiótico na indução anestésica; outros mais demorados podem receber duas ou três doses adicionais.

5. A conduta de manter o antibiótico até a retirada dos drenos e cateteres é incorreta, pois além de não reduzir o percentual de infecção, aumenta a possibilidade de colonização por microrganismos resistentes aos fármacos utilizados.

6. Pacientes em uso de antibiótico - Quando o paciente apresenta uma patologia infecciosa que requeira tratamento antibiótico e necessite de intervenção cirúrgica, recomendamos ajustar a dose, garantindo a administração em horário próximo à cirurgia e nível tecidual durante todo o procedimento. De acordo com cada caso, o antibiótico terapêutico será mantido posteriormente, por período variável.

7. As cirurgias videoassistidas seguem as mesmas recomendações.

Preparo do Paciente:

Procedimento eletivo: Procure tratar as infecções antes da realização do procedimento, compense a doença de base, reduza o excesso de peso na obesidade, melhore o estado nutricional do paciente e interne-o no dia da cirurgia.

Higiene corporal – Recomendamos o banho completo com água e sabão neutro no dia da cirurgia.

A tricotomia não deve ser realizada. Quando a retirada dos pelos for indispensável, estes deverão ser aparados e não raspados, no máximo até 2 horas antes da cirurgia.

Preparo do Campo Operatório:

1ª Etapa: Friccionar PVP-I 10% ou clorexidina degermante 2% ou 4% no sítio cirúrgico; retirar com compressas umedecidas em solução fisiológica 0,9%.

2ª Etapa: Proceder à antissepsia da pele com PVP-I 10% ou clorexidina 0,5%, em apresentação alcoólica.

Aguardar a secagem antes de iniciar a cirurgia.

Preparo da Equipe Cirúrgica:

Manter unhas limpas e curtas. Não usar alianças, anéis, pulseiras, relógios, entre outros adornos, que possam interferir na qualidade da lavagem das mãos.

Manter as portas da SO fechadas e limitar o número de pessoas direta ou indiretamente ligadas ao ato operatório.

Antissepsia de Mãos e Antebraços:

Ensaboar as mãos com PVP-I 10% ou clorexidina 2% ou 4% detergente, friccionar todas as faces das mãos, dedos, cotovelos e antebraços. Utilizar escovas de cerdas macias descartáveis. O tempo dedicado à degermação das mãos e antebraços não deve ser inferior a 2 minutos.

Retirar a solução degermante com água corrente na direção dos dedos para os cotovelos, manter os braços flexionados e voltados para cima, secando-os no mesmo sentido (dedos - cotovelo), com compressas secas e estéreis.

Paramentação da Equipe Cirúrgica:

Vestir capote e calçar luvas estéreis com técnica asséptica.

Utilizar máscara e gorro.

Trocar as luvas sempre que houver perfuração durante o ato cirúrgico. A máscara deve cobrir a boca e o nariz durante

o tempo cirúrgico e ser trocada sempre que estiver úmida.

A touca deve envolver todo cabelo.

Técnica Operatória:

Recomenda-se a manutenção adequada da hemostasia, prevenção de hipotermia, manipulação adequada dos tecidos, remoção de tecidos desvitalizados, uso criterioso do eletrocautério, erradicação de espaços mortos e a lavagem de feridas consideradas sujas ou contaminadas.

Instrumentais Cirúrgicos:

Somente serão permitidos para uso os artigos cirúrgicos esterilizados na CME desta instituição.

Não será permitido o reuso de artigos presentes na lista negativa da Anvisa.

Não será permitido o reaproveitamento de artigos entre cirurgias. Uma vez exposto ao ambiente, todo material deve ser novamente esterilizado ou descartado.

Os artigos inadequados ao uso devem ser recusados e a chefia do centro cirúrgico comunicada.

A sala deve ser montada por instrumentadora paramentada com capote e luvas estéreis, gorro e máscara, imediatamente antes do início da cirurgia.

Ferida Operatória:

O primeiro curativo, após a saída do paciente do centro cirúrgico, deve ser realizado após 24 horas. Exceto nos casos de sangramento, que devem ser avaliados pelo Enfermeiro e/ou Médico.

Utilizar técnica asséptica na realização do curativo.

Higienizar as mãos antes e após a realização do curativo.

Solicite a avaliação da Enfermeira supervisora. Em caso de complicações, ela poderá ajudá-lo na melhor cobertura da ferida.

Notifique ao SCIH os casos suspeitos ou confirmados de infecção de sítio cirúrgico.

PROCEDIMENTOS E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

5 – Cirurgia Ginecológica:

As histerectomias são cirurgias potencialmente contaminadas com indicação para profilaxia segundo a maioria dos autores. As cirurgias perineais para correção de cistocele e retocele não têm indicação para profilaxia.

Histerectomia / Mastectomias

Cefazolina 2 g 30 minutos antes do ato operatório. Repetir 1 g a cada 4 horas, durante a cirurgia. Após a cirurgia não é necessário.

Observações:

1- Nas cirurgias extensas para ressecção de tumores (ex.: neoplasias de ovário) recomendamos profilaxia semelhante à cirurgia de cólon.

2- Para as cirurgias de mama recomendamos profilaxia com Cefazolina nas mastectomias radicais. Biópsias, ressecção de nódulos ou cirurgias segmentares não se beneficiam de profilaxia.

Cirurgias Urológicas

As cirurgias vias urinárias são potencialmente contaminadas (paciente com urina estéril) ou contaminadas (presença de infecção urinária ou manipulação de cólon). A profilaxia está indicada nas cirurgias contaminadas sendo sua eficácia questionável nos demais casos.

Cefazolina 2 g 30 minutos antes do ato operatório. Repetir 1 g a cada 4 horas, durante a cirurgia. Após a cirurgia não é necessário.

Observações:

1- Orientamos coletar urinocultura o mais próximo possível da cirurgia. Os pacientes com urinocultura positiva devem receber preferencialmente tratamento pré-operatório, de acordo com o germe isolado.

Não sendo possível aguardar, iniciar antibiótico de acordo com antibiograma, proceder a cirurgia e completar tratamento após procedimento.

COMISSÃO

DE

CONTROLE DE INFECÇÃO

HOSPITALAR

ROTINA DE MRSA

Infecções por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a metilina) são notificados em número crescente em pacientes hospitalizados de vários países. Após instalados em uma instituição são enormes as dificuldades de erradicação.

São considerados de risco para colonização:

- os pacientes em esquema dialítico,
- os usuários de drogas venosas,
- os diabéticos insulino-dependentes,
- os pacientes provenientes de unidades de queimados,
- os portadores de doença dermatológica extensa,
- os com tempo de internação prolongada (mais de 7 dias),
- os idosos (> 65 anos, principalmente provenientes de casas de apoio ou “homecare”).
- os com história de internação no último ano que tenham sido submetidos a antibioticoterapia múltipla e/ ou métodos diagnósticos / terapêuticos invasivos.
- os com história prévia de colonização/ infecção por MRSA.

A disseminação de MRSA, no entendimento de WENZEL e cols. (1991), é o reflexo da falência de medidas básicas de controle de infecção como por exemplo a simples lavagem das mãos.

Esforços devem ser feitos para implementar normas e rotinas destinadas a limitar sua disseminação entre os pacientes hospitalizados, tendo em vista o fato deste microorganismo ser resistente a múltiplos antibióticos; já existir o reconhecimento de cepas com resistência intermediária à vancomicina (VISA), e também à toxicidade e ao alto custo

do tratamento. Além disso, o desenvolvimento de cepas de enterococo resistente à vancomicina (VRE) vem sendo atribuído à pressão de uso deste antibiótico, o que, em última análise, implicaria na necessidade de controle de MRSA.

O benefício de medidas de controle para situações endêmicas é hoje motivo de controvérsia. No entanto, estas podem ser eficazes em situações epidêmicas superpostas às colonizações/ infecções crônicas endêmicas.

A despeito desta controvérsia a CCIH do HGSCMRJ produziu orientações para o controle do MRSA, de acordo com bibliografia especializada.

Lembramos que o principal modo de transmissão do MRSA dentro dos hospitais é a disseminação dos microorganismos de um paciente para outro, através das MÃOS DA EQUIPE DE SAÚDE.

NORMAS E ROTINAS DE CONTROLE

- Nas unidades críticas, tais como Unidade intermediária da emergência, UTI neonatal, pediátrica e adulto, pacientes em programa de diálise, e pacientes com mais de 7 dias de internação, colher swab da mucosa nasal na internação dos pacientes de risco e encaminhar ao laboratório.
- Em pacientes com feridas extensas ou provenientes de unidades de queimados deve-se colher também material da ferida.
- Os pacientes sob investigação quanto à colonização por MRSA deverão ser mantidos em isolamento de contato (ver a seguir) até resultado negativo do rastreamento.

Em pacientes com swab nasal e/ou qualquer outro material (sangue, secreção traqueal, outros) que apresente bacteriologia positiva para MRSA proceder isolamento de contato até a alta, da seguinte forma:

- Lavagem das mãos e antebraços antes e após a manipulação dos pacientes.
- Na lavagem das mãos, o profissional de saúde deverá utilizar o anti-séptico clorexidina.
- O uso de capote (não estéril, de manga longa) e luvas de procedimento é recomendado quando se prevê o contato com o paciente e/ou seu mobiliário. Na impossibilidade do uso exclusivo do capote, o mesmo poderá ser reutilizado por outro profissional de saúde. Para tanto, orientamos que em sua retirada evite-se a contaminação de partes internas, pendurando-o pelo avesso.
- A troca das luvas é obrigatória entre os procedimentos realizados num mesmo paciente, não possibilitando desta forma a disseminação do microorganismo.
- Desinfecção do termômetro e do diafragma e reentrâncias do estetoscópio com álcool a 70%, antes e após examinar cada paciente.
- Quarto separado ou centralizar em uma mesma enfermaria os pacientes com MRSA é uma medida indicada. Preferencialmente, manter equipes separadas de profissionais de saúde no atendimento do paciente MRSA.
- O mobiliário e os equipamentos da enfermaria devem ser o mínimo necessário e utilizados unicamente por estes pacientes (termômetros, aparelhos de pressão, estetoscópio, bombas infusoras). Na impossibilidade do uso exclusivo do aparelho de pressão,

recomendamos a utilização do protetor (plástico impermeável, papel) entre a pele e o aparelho.

- A mobilização do paciente na unidade hospitalar deve ser restringida. Quando necessária, como para exames (radiografia e outros), os procedimentos de isolamento de contato devem ser mantidos. O profissional responsável pelo transporte ou exame deverá seguir as orientações quanto ao isolamento de contato, usando a paramentação indicada.
- Os visitantes e acompanhantes deverão respeitar os procedimentos para o isolamento de contato (lavagem das mãos, uso de capote e luvas de procedimento).

- **Pacientes infectados com MRSA deverão ser tratados com vancomicina ou teicoplanina.**

- As medidas de descolonização e de rastreamento do profissional de saúde serão indicadas apenas em situações epidêmicas quando orientadas pela CCIH.
- No momento da transferência do paciente colonizado/ infectado entre os setores do HGSCMRJ ou para outras unidades de saúde é indispensável a notificação do setor de destino.
- O rastreamento dos pacientes (contactantes) de uma mesma enfermaria de um caso colonizado/ infectado é indicado somente para aqueles considerados de risco para a colonização.

Bibliografia

WENZEL, R. P. , NETTLEMAN MD, J. RN, PFALLER, MA. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: implications for the 1990s and effective control measures. Am J Med. n . 91 (suppl 3 b), p . 221 – 227, 1991.
HARSTSTEIN, A.I. & MULLIGAN M.E. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. In: Mayhall, C.G., Hospital Epidemiology and Infection Control, 2 ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999, p. 347-364.

MRSA - informações para pacientes e familiares

O que é MRSA?

O estafilococo aureus é uma bactéria habitualmente encontrada na pele de pessoas saudáveis. Ocasionalmente, pode invadir o corpo e causar uma infecção. Esta infecção pode ser pequena (igual a uma espinha, um furúnculo e outras lesões da pele) ou séria, como uma infecção sangüínea ou pneumonia. Meticilina é um antibiótico comumente usado para o tratamento dessas infecções. Embora a metilina seja muito eficiente no tratamento de muitas dessas infecções, algumas têm desenvolvido resistência a este antibiótico e podem não ser eliminadas por ele. Essas bactérias resistentes são chamadas de Staphylococcus aureus metilina-resistente, ou MRSA.

Quem "pega" MRSA?

A infecção por MRSA usualmente desenvolve-se em pessoas internadas que são idosas, ou que tenham feridas abertas (escaras), ou um tubo (cateter vesical, por exemplo) conectado em seu corpo. Pessoas saudáveis raramente adquirem (se infectam) MRSA.

O MRSA é tratável?

Sim, embora o MRSA seja resistente a alguns antibióticos e frequentemente dificulte o tratamento, existem antibióticos que são eficazes. Vale ressaltar que nem todos os pacientes precisarão de antibióticos.

O MRSA pode disseminar?

Sim. O MRSA pode disseminar-se entre outros pacientes, que estão com o sistema imune debilitado e não estão capazes de defender-se de infecções. MRSA é quase sempre disseminado por contato físico e não através do ar. Hospitais usualmente tomam medidas especiais para prevenir a disseminação do MRSA de paciente para paciente. Uma dessas medidas pode ser separar, ou isolar, o paciente com MRSA dos outros pacientes.

O que acontece quando um paciente com MRSA é isolado?

Procedimentos variam de um hospital para outro, mas frequentemente observa-se o seguinte:

- O paciente é colocado em um quarto privado, ou em quarto com um ou mais pacientes que também tenham MRSA.
- Os pacientes têm sua movimentação limitada ao quarto visando suas necessidades essenciais ou atendimento, como procedimentos médicos ou emergências.
- Profissionais de saúde usualmente usarão luvas (e sempre capotes) antes de entrar no quarto dos pacientes. Remover luvas e capotes após sair do quarto, e então imediatamente lavar as mãos .
- Visitantes também devem usar luvas e capotes, especialmente se eles ajudam a cuidar do paciente. Visitantes devem sempre lavar as mãos antes e após saírem do quarto do paciente.

Quanto tempo o paciente com MRSA tem que ficar isolado?

- O staff do hospital irá determinar quando é seguro para a pessoa com MRSA sair do isolamento.

É seguro estar no mesmo quarto com uma pessoa com MRSA?

- Novamente, pessoas saudáveis têm baixo risco de adquirirem infecção com MRSA. Desde que os familiares ou outros visitantes estejam saudáveis, não há risco estar no quarto com uma mesma pessoa com MRSA .
- Contatos casuais, como um toque ou um abraço, também não trazem risco. Contudo, devem lavar as mãos após saírem do quarto ou da casa do paciente.

Aos familiares e Amigos das Pessoas Internadas

Entendemos sua visita como fundamental à recuperação de nosso cliente, tendo em vista ser você, membro de um núcleo considerado primário para todo ser humano, a FAMÍLIA. Portanto, venha visitá-lo sempre que possível trazendo o calor de seu carinho, evitando contudo, informá-lo de situações que possam ser prejudiciais ao seu emocional.

Pensando assim, elaboramos esse folheto, com informações importantes, direcionadas à sua orientação nos momentos de visita ao seu familiar / amigo.

Orientação nos momentos de visita ao seu familiar / amigo:

- Não trazer alimentos. O serviço de nutrição é o único responsável pela dieta do cliente internado.
- Lave as mãos ao chegar ao Hospital, não traga para o seu familiar poeiras da rua.
- Não sente em seu leito, nossa roupa de rua tem germes que podem gerar infecções nas pessoas internadas (doentes).
- Não é proibido afagar seu ente querido, mas não toque em seus curativos e equipamentos relacionados ao seu tratamento.
- Em caso de dúvidas acerca do soro, curativo e outras situações, procure a enfermagem ou médico da enfermaria para esclarecê-la.
- Durante a visita ao seu familiar, não manipule outros doentes. As infecções passam, também, através de nossas mãos não lavadas.

Orientação nos momentos de visita ao seu familiar / amigo:

- Quando estiver doente, evite visitar o seu familiar.
- Se você vai ficar acompanhando- o durante o período de sua internação, lembre- se de que apesar de sua boa vontade, não deve auxiliar no cuidado de outros doentes.
- Lave sempre as suas mãos, antes e após cuidar de seu familiar.
- Se você veio apenas visitar, antes de sair do Hospital não esqueça de lavar as suas mãos. Não leve para casa germes do ambiente hospitalar.
- Não saia com dúvidas, procure nossos profissionais e, saiba que todas as medidas terapêuticas empregadas em seu familiar são unicamente em benefício dele.

Caso ocorra algum acidente com você durante sua permanência no hospital comunicar imediatamente à nossa Ouvidoria.

Aos Acompanhantes das Pessoas Internadas

A Portaria nº 280/GM de 07 de abril de 1999, bem como o Código de Proteção a Criança e ao Adolescente garantem, respectivamente, aos maiores de 60 anos e aos menores de 18 anos o direito à permanência de um acompanhante durante o seu período de internação.

Além disso, entendemos sua presença como uma contribuição à recuperação de nosso cliente, tendo em vista ser você, membro de um núcleo considerado primário para todo ser humano, a FAMÍLIA.

Pensando assim podemos elaborar um folheto, com informações importantes, direcionadas à orientar sua permanência no Hospital, evitando os riscos da infecção hospitalar.

Aos Acompanhantes das Pessoas Internadas

Ao acompanhá-lo lembre-se de:

- Sempre ao chegar não esqueça de lavar as mãos com água e sabão.
- Evite circular pelos corredores, e até mesmo visitar outras enfermarias.
- Se desejar (e for autorizado) auxiliar a equipe de enfermagem durante os procedimentos de higiene, solicite um par de luvas de procedimento, lavando as mãos antes de calçá-las.
- Ao término do procedimento lave suas mãos com água e sabão.
- Sempre que for auxiliá-lo, em qualquer situação, lave as mãos antes e depois.

Apesar de sua boa vontade, lembre-se de que não é recomendável auxiliar no cuidado de outros doentes.

A roupa cedida pelo hospital para a sua proteção é de uso restrito às enfermarias. Evite circular em outros setores com as mesmas.

SINALIZAÇÕES:

ISOLAMENTO DE CONTATO



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – UNIDADES INTENSIVAS, HEMODIÁLISE E TRANSPLANTE

O QUE USAR	QUANDO USAR
SABÃO COMUM	PRESENÇA VISÍVEL DE SUJIDADE NAS MÃOS. ANTES E DEPOIS DO CONTATO COM PACIENTES, SEUS EQUIPAMENTOS E SEU MOBILIÁRIO.
ÁLCOOL GEL	EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA. ENTRE DIFERENTES PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MESMO PACIENTE.
CLOREXIDINA	PRIMEIRA HIGIENIZAÇÃO DO DIA. ANTES E DEPOIS DE PRESTAR CUIDADOS A PACIENTES EM PRECAUÇÃO DE CONTATO POR MRSA OU GRAM NEGATIVOS MULTIRESISTENTES. ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS
POVIDINE	ANTES E DEPOIS DE PRESTAR CUIDADOS A PACIENTES EM PRECAUÇÃO DE CONTATO POR MRSA OU GRAM NEGATIVOS. ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – CLÍNICAS E EMERGÊNCIA

O QUE USAR	QUANDO USAR
SABÃO COMUM	PRESENÇA VISÍVEL DE SUJIDADE NAS MÃOS. ANTES E DEPOIS DO CONTATO COM PACIENTES, SEUS EQUIPAMENTOS E SEU MOBILIÁRIO.
ÁLCOOL GEL	EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA. ENTRE DIFERENTES PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MESMO PACIENTE.
CLOREXIDINA ou POVIDINE	ANTES E DEPOIS DE PRESTAR CUIDADOS A PACIENTES EM PRECAUÇÃO DE CONTATO POR MRSA OU GRAM NEGATIVOS MULTIRESISTENTES. ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS

ROTINA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS

- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar na pia.
- Colocar nas mãos aproximadamente 3 a 5 ml de sabão.
- Ensaboar as mãos friccionando-as por aproximadamente 15 segundos.
- Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar e extremidades dos dedos.
- Enxaguar as mãos retirando totalmente o resíduo do sabão.
- Enxugar as mãos com papel toalha.
- Fechar a torneira utilizando o papel toalha.

QUANDO LAVAR AS MÃOS

- No início e no fim do turno de trabalho
- Antes de preparar medicação
- Antes e depois de contato com pacientes
- Antes e depois de manusear catéteres vasculares, sonda vesical, tubo orotraqueal e outros dispositivos
- Entre os diversos procedimentos realizados no mesmo paciente
- Após manipulação de material contaminado
- Após remoção de luvas
- Após usar sanitários, assoar nariz, manusear dinheiro

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

O equipamento de proteção individual (EPI) deve ser usado quando se prevê uma exposição a material biológico e produtos químicos tóxicos.

Tem por objetivo a proteção do funcionário, podendo também ser utilizado na proteção do paciente ou de materiais que se esteja manipulando e se deseje garantir a não contaminação.

A adequação do EPI está diretamente vinculada a atividade desenvolvida. É indicado nas áreas clínicas e de apoio diagnóstico onde se prevê exposição a material biológico e produtos químicos tóxicos. Deve-se almejar a proteção total quando se identifica um risco aumentado de exposição.

PRECAUÇÕES PADRÃO

(Recomendado para contato com todos os pacientes; equipamentos e superfícies contaminadas)

- Lavagem das mãos antes e após o contato com o doente, após retirada das luvas e imediatamente após o contato com sangue e outros fluidos corporais.
- Uso de luvas de procedimento quando se prevê o contato com sangue ou outros fluidos corporais, membrana mucosa, pele lesada ou superfícies contaminadas. As luvas devem ser trocadas entre os procedimentos e retiradas logo após o uso antes de tocar qualquer superfície.
- Utilizar capote quando for provável a contaminação de sua roupa com sangue ou fluidos corporais.
- Manipular com cuidado agulhas, seringas e objetos perfuro-cortantes; usar coletor rígido para descartá-los; não re-encapar as agulhas e, em caso de exposição a sangue ou fluidos corporais, lavar imediatamente a área e procure o plantonista da clínica médica, conforme fluxograma de acidentes.
- Usar luvas de procedimentos sempre que manusear e transportar materiais para exames laboratoriais e tubos de sangue.
- Utilização de óculos e máscara ou protetor facial de acrílico sempre que houver possibilidade de respingo.

- Não comer e não beber em área clínica, onde a exposição a materiais biológicos é provável.
- Limpe rapidamente respingos de sangue e outros fluidos corporais usando os equipamentos de proteção individuais (EPI) necessários, material absorvente, a seguir limpeza com água e sabão e desinfetante (hipoclorito a 1%).
- Recolher roupas de cama e dos pacientes sem agitar, estando paramentado com EPI necessário (luvas, máscara e uniforme). Colocar a roupa e transportar em saco plástico fechado próprio (vermelho).

Limpar e desinfetar equipamentos contaminados entre o uso e antes de enviar para reparos.

Todo profissional deve ser vacinado contra a hepatite B.

- Lavagem das mãos antes e após o contato com o doente, após retirada das luvas e imediatamente após o contato com sangue e outros fluidos corporais.
- Uso de luvas de procedimento quando se prevê o contato com sangue ou outros fluidos corporais, membrana mucosa, pele lesada ou superfícies contaminadas. As luvas devem ser trocadas entre os procedimentos e retiradas logo após o uso antes de tocar qualquer superfície.
- Utilizar capote quando for provável a contaminação de sua roupa com sangue ou fluidos corporais.
- Manipular com cuidado agulhas, seringas e objetos perfuro-cortantes; usar coletor rígido para descartá-los; não re-encapar as agulhas e, em caso de exposição a sangue ou fluidos corporais, lavar imediatamente a área e procure o plantonista da clínica médica, conforme fluxograma de acidentes.

MANUAL DE PADRONIZAÇÃO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

DE SUPERFÍCIE

A limpeza e higiene hospitalar é, nos dias atuais, considerada prioritária pelos profissionais de saúde. Estudos têm apontado que quando adequadamente realizada favorece a eficiência do atendimento dando conforto e bem estar ao paciente e aos profissionais em todos os aspectos.

Este manual tem por finalidade nortear junto ao HGSCMRJ, as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. É a revisão, com ampliação, do texto elaborado pelos Enfermeiros Nilson dos Santos Couto e Nair de Souza Barbosa, membros da CCIH do HGB em 1996.

Desta forma, tem a preocupação de oferecer aos profissionais desta instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela firma contratada para a limpeza hospitalar e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.

Paralelamente, poderá servir também, de guia e instrumento de consulta para os profissionais diretamente envolvidos na execução e na supervisão da limpeza hospitalar.

1. DEFINIÇÃO DE TERMOS

- **ÁREA** - Espaço físico

Ex.: Quartos, Enfermarias, Salas, Corredores, etc.

- **ÁREA CRÍTICA** - Local que oferece maior risco de transmissão de infecção, seja pela baixa resistência do paciente ou pelas atividades desenvolvidas.

Ex.: CTI, Centro Cirúrgico, Hemodiálise, Laboratórios, Banco de Sangue, Lavanderia (área suja), etc.

- **ÁREA SEMI-CRÍTICA** - Local de menor risco de transmissão de infecção.

Ex.: Enfermarias em geral, Corredores, Ambulatórios de doenças não infecciosas.

- **ÁREA NÃO CRÍTICA** - Dependências que não apresentam risco de transmissão de infecção.

Ex.: Áreas administrativas, Vestiários, Almoxarifados.

- **ARTIGOS** - Utensílios utilizados pelo paciente e pelos profissionais de saúde em seu tratamento.

Ex.: Comadre, copo, seringas, etc.

- **ASSEPSIA** - Processo que permite afastar os germes patogênicos de um local ou objeto.
- **ASSEIO** - Estado de limpeza.
- **DEGERMAÇÃO** - Remoção ou redução de microorganismos da pele, seja por meio de limpeza mecânica (sabão com escovação), seja por meio de agentes químicos (anti-sépticos).
- **DESINFECÇÃO** - Destruição de microorganismos, exceto os esporulados, pela aplicação de meios físicos ou químicos, em artigos ou superfícies.
- **DESINFECÇÃO CONCORRENTE** - É a desinfecção feita nas dependências hospitalares, enquanto ocupadas por paciente e ao término de procedimentos contaminados por matéria orgânica (sangue, secreções, excrementos).
- **DESINFECÇÃO TERMINAL** - É a desinfecção feita após alta, óbito, transferência e ao final da jornada de trabalhos.
- **LIMPEZA** - Operação para tirar sujeira, detritos, insetos e manter o asseio.
- **LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE** - É a limpeza feita nas dependências hospitalares enquanto ocupadas por pacientes ou ao término de um procedimento ou quando necessário.
- **LIMPEZA TERMINAL** - É a limpeza feita após alta, óbito ou transferência.
- **LIMPEZA VIA SECA** - É a remoção da sujeira sem utilização de água. Proibida em ambiente hospitalar.
- **LIMPEZA VIA ÚMIDA** - É a limpeza feita com água abundante, ou com pano úmido, pano molhado ou pano encharcado.
- **MATÉRIA ORGÂNICA** - Sangue, secreções e excrementos.

2 . MATERIAIS UTILIZADOS NA LIMPEZA

2.1. ESPÉCIE

- Baldes (de cores diferentes);
- Carro: para transporte e guarda do material de limpeza;
- Desentupidor de pia e ralos;
- Escadas: diversos tamanhos;
- Enceradeiras;
- Latões de lixo (15, 35 e 100 litros);
- Mops;
- Palha de aço;
- Panos para limpeza (de mesa, pia, etc.);
- Pá de lixo (cabo longo e curto);
- Rodos de borracha (diversos tamanhos);
- Saco de plástico (cor branco leitoso resistente, para acondicionar lixo biológico, de 15, 35 e 100 litros e saco preto, para o lixo administrativo);
- Suporte (para pendurar vassouras, rodos, etc.);
- Vassourinha (de piaçava para banheiros);
- Vassoura de piaçava (diversos tamanhos);
- Aspirador de pó

2.2. USO E RECONHECIMENTO DO MATERIAL DE LIMPEZA

BALDES - Ser de plástico, em cores diferentes. Ex.: Vermelho para soluções detergentes ou desinfetantes e Azul para água.

ESCADAS - Do tipo doméstica, antiderrapante com degraus de borracha corrugado, com plataforma superior e dispositivo para colocar utensílios de limpeza.

PANOS-ESFREGÕES - Pequenos sem fiapos de tecido, resistentes para limpeza manual (pano de saco fechado) -

PANOS DE CHÃO - De tecido forte e frouxo de tamanho suficiente para envolver o rodo ou a vassoura.

MOPS - De fios de algodão, com diversas extensões de fios (substitui o pano úmido).

2.3. AGENTES DE LIMPEZA

- Água
- Polidor de metais
- Limpa vidros
- Lustra móveis
- Detergentes
- Desinfetantes

MANUAL DE PADRONIZAÇÃO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE

- **ÁGUA** - É utilizada para diluição do desinfetante e também para remover as sujeiras, resíduos de detergentes e sabões usados na limpeza.

- **SABÕES** - Sua capacidade de limpeza varia em função da matéria-prima usada para sua fabricação. Os mais indicados são os sabões que contêm cloro, por seu alto poder de limpeza e desinfecção e desodorização de áreas. Ex.: sabão em pó.
- **DETERGENTES** - Substâncias que facilitam a limpeza e eliminam as gorduras dos artigos e áreas.
- **DESINFETANTES** - São usados para limpeza e desinfecção das áreas e artigos críticos e semi-críticos. Ex.: hipoclorito de sódio à 1% e álcool etílico à 70%.

2.4. MATERIAL DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- Avental impermeável
- Gorros
- Máscara com Filtro Químico
- Botas de borracha (cano curto e longo para lavagens)
- Luvas de borracha grossa e longa (02 pares com cores diferenciadas)
- Óculos de acrílico

OBS.: É obrigatório o uso de uniforme completo (CALÇA, BLUSA E SAPATO FECHADO) e EPIs quando necessário.

2.5. GUARDA DE MATERIAL

- Local para guarda e limpeza do material com (expurgo):
- Pia – para lavagem das mãos;
- Tanque – para limpeza do material;
- Dispositivo – para pendurar vassouras, rodos e pás;
- Prateleiras – para baldes, bacias, pequenos utensílios, produtos de limpeza;
- Desinfetantes – (devidamente rotulados e tampados; o rótulo deve incluir data de início do uso e nome da substância).

2.6. LIMPEZA DO MATERIAL EM USO

- Todo o material de limpeza e o local de guarda devem ser lavados e desinfetados e secos após o uso.
- Não deixar produtos e materiais de limpeza nos quartos ou banheiros dos pacientes. Estes materiais devem ser guardados, após devidamente lavados, na sala específica para a guarda dos mesmos.
- Os panos de limpeza não devem ser deixados de molho de um dia para o outro, evitando assim a proliferação de microorganismos.
- Os panos devem ser colocados durante 30 minutos em solução desinfetante e depois lavados, secos e guardados em local próprio. É recomendada que a lavagem dos panos seja feita em lavadoras termodesinfetadoras
- Lavar as mãos após cada limpeza.

- O local de guarda do material não deverá ser utilizado para outros fins como, por exemplo, para alimentação.

3. PROCEDIMENTO DA LIMPEZA

A limpeza é feita apenas com água e sabão, usando-se, inicialmente, o pano úmido (varredura úmida), para recolhimento de resíduos. A seguir proceder a limpeza com água e sabão, retirando toda a sujidade, e enxágüe. Utilizar sempre dois baldes, de cores diferentes.

- Usar luvas de borracha grossas e longas.
- Usar dois baldes (cores diferentes): um com água (para lavar o pano) e outro com água e sabão.
- Usar botas de borracha.
- Usar avental impermeável, quando necessário.

OBS.:

- No que diz respeito à limpeza da unidade do paciente, estão incluídos: a cama, o suporte de soro, a escadinha, a mesinha de cabeceira, a mesa de refeição, o cesto de lixo e demais mobiliários utilizados durante a assistência ao paciente.
- Nunca varrer superfícies a seco, evitando assim a dispersão de microorganismos e partículas de pó.
- Realizar a limpeza obedecendo os sentidos corretos:
 - Paredes: de cima para baixo.
 - Tetos: utilizar uma direção única, iniciando do fundo da sala para a saída.
 - Piso de enfermarias, quartos e salas: limpar em sentido único, evitando o vaivém, iniciando do fundo para a porta de saída.
 - Piso de corredores, escadas e hall: sinalizar a área, dividindo-a em 2 faixas, possibilitando o trânsito em uma delas (vide 7.6).
 - Utilizar luvas de borracha de cores diferenciadas para a limpeza por exemplo de pisos e banheiros / camas, berços e bancadas.

3.1. FREQUÊNCIA DA LIMPEZA

- Em áreas críticas, duas vezes ao dia (ao iniciar os plantões) e quando necessário.
- Em áreas semi-críticas e não-críticas, uma vez ao dia e quando necessário.

OBS.:

Nos casos de precauções de contato, aumentar a frequência da limpeza e da desinfecção.

4. TÉCNICAS DE LIMPEZA COM ÁGUA E SABÃO UTILIZANDO DOIS BALDES

A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

4.1. LIMPEZA COM PANO ÚMIDO

- Utilizado na limpeza de superfícies impermeabilizadas (mobiliário, pisos, vidros, paredes, tetos, luminárias, equipamentos).

4.1. LIMPEZA COM PANO ÚMIDO: PROCEDIMENTO

- Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água.
- Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza).
- Abrir o pano umedecido, dobrando-o em 4 ou 8.
- Limpar as superfícies, desdobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas.
- Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos.
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras.
- Voltar a mergulhar o pano no balde com água e sabão, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza.
- Repetir a operação quantas vezes necessário para promover a limpeza.
- Trocar a água dos baldes sempre que visivelmente sujas, quantas vezes forem necessárias.
- Jogar a água suja no esgoto.
- Limpar e guardar todo o material após o uso.
- Lavar as mãos antes de seguir para outra tarefa.

5. MÉTODOS DE LIMPEZA

• 5.1. LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE

É a limpeza feita nas dependências hospitalares enquanto ocupadas por pacientes, ao iniciar a jornada de trabalho, ao término de procedimentos. Deve ser seguida pela *Limpeza de manutenção* sempre que necessária.

PROCEDIMENTO

- Recolher das mesas, bancadas, etc., todo material a ser desprezado.
- Preparar dois baldes, um com água e sabão, outro apenas com água.
- Limpar as mesas, bancadas, etc., umedecendo o pano com água e sabão detergente ou sapólio, utilizando a técnica do pano úmido;
- Passar pano úmido embebido em água pura duas vezes ou mais se necessário para retirar todo o sabão.
- Não misturar os panos de limpeza de bancadas com os de limpeza do chão.
- Retirar as luvas de limpeza de bancadas e lavar as mãos.

- Colocar as luvas destinadas à limpeza do chão.
- Proceder a limpeza do chão com água e sabão usando a técnica do pano úmido.
- Utilizar movimentos retos e paralelos, obedecendo o sentido do interior para a porta de saída dos ambientes.
- Lavar o pano no balde com água pura.
- Passar o pano úmido com água pura para retirar todo o sabão quantas vezes for necessário.

5.2. LIMPEZA TERMINAL

É a limpeza feita após alta, óbito ou transferência do paciente.

PROCEDIMENTO

- Proceder como indicada na limpeza diária (5.1), incluindo a limpeza criteriosa da unidade do paciente.

5.2.1. LIMPEZA DA UNIDADE DO PACIENTE COM ÁGUA E SABÃO

PROCEDIMENTO

- Preparar dois baldes, um com água e sabão e outro apenas com água.
- Colocar o material sobre a mesinha ou cadeira.
- Calçar luvas.
- Embeber o pano em água e sabão e fazer a limpeza de toda a superfície do colchão, cabeceira, bordas, estrados e pés da cama, repetindo a operação tantas vezes quantas necessárias.
- Utilizar um sentido único na limpeza, evitando o movimento de vaivém.

ROTINA C 1

- Dobrar o colchão fazendo a sua limpeza e da parte interna do estrado, procedendo da mesma forma com o outro lado da cama e do colchão.
- Elevar os pés e cabeceira da cama fazendo a limpeza da parte que fica sob o estrado.
- Lavar o pano no balde com água limpa sempre que sujo.
- Trocar a água dos baldes quantas vezes forem necessárias.
- Incluir na limpeza os suportes de soro, mesa de cabeceira, cadeiras, escadinhas e mesas de alimentação.

5.3. LIMPEZA SEMANAL

É a chamada “faxina”, que deve ser realizada criteriosamente 1 vez por semana, nas áreas críticas e semi-críticas.

PROCEDIMENTO

- Proceder como indicada na limpeza diária (5.1) incluindo a limpeza criteriosa de: teto, paredes, canalização e tubulação exposta, portas, mesas, bancadas, chão, ralos, baldes de lixos, material permanente (geladeiras, carrinhos de anestesia, de curativos, etc.).

6. DESCONTAMINAÇÃO E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE

A descontaminação de superfície está indicada quando em presença de matéria orgânica, antecedendo a limpeza das superfícies. Neste sentido, vale ressaltar que são indicados para esta finalidade os detergentes enzimáticos e contra-indicados os desinfetantes

A desinfecção de superfícies deve ser feita após a limpeza das superfícies e sempre que houver a presença de matéria orgânica, em áreas críticas e semi-críticas.

6.1. SOLUÇÕES PARA DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE

- Álcool etílico à 70%
- Hipoclorito de sódio à 1%

6.2. TÉCNICA DE DESINFECÇÃO

Álcool à 70%

- Embeber o pano no álcool e fazer 3 fricções por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente.
- Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura.
- O prazo máximo para uso da solução, após a abertura do frasco, é de 7 dias.

6.2. TÉCNICA DE DESINFECÇÃO

Hipoclorito de sódio à 1%

- Retirar o excesso da carga contaminante (matéria orgânica) com papel absorvente ou panos velhos, sempre utilizando luvas.
- Desprezar o papel ou pano em saco plástico de lixo branco (lixo orgânico) ou fazer desinfecção do pano em caso de necessidade de reutilizá-lo.
- Aplicar a solução desinfetante.
- Remover o desinfetante com pano úmido em água pura.
- Proceder a limpeza com água e sabão em toda superfície, usando as técnicas do pano úmido.
- Usar os EPIs necessários a este procedimento (avental impermeável, luvas de borracha com cano longo, botas, óculos e máscara)
- Lavar as mãos após a tarefa.
- Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura.
- Deve-se atentar para o prazo de validade da solução, determinado pelo Serviço de Farmácia.

OBS.: o hipoclorito não deve ser utilizado em artigos metálicos.

6.3. FREQUÊNCIA DA DESINFECÇÃO

- É feita sempre na presença de matéria orgânica (sangue, secreções, fezes, etc.);
- Após remoção do paciente por: alta, óbito, transferência ou supressão de medidas de isolamento;

- Em áreas críticas ao iniciar a jornada de trabalho (2 vezes por dia) e quando houver necessidade; nas semi-críticas 1 vez ao dia, após a limpeza diária, e sempre que houver necessidade..

6.4. MÉTODOS DE DESINFECÇÃO

6.4.1. Desinfecção Diária ou Concorrente

- Será feita diariamente, após a limpeza, ao início dos plantões, ao término de procedimentos contaminados, em presença de matéria orgânica e sempre que necessário:
- Usar EPI necessário.
- Usar a técnica de desinfecção (6.2).
- Lavar as mãos.

6.4. MÉTODOS DE DESINFECÇÃO

6.4.2. Desinfecção Semanal ou Terminal

- Será feita após a limpeza, em situações de altas, óbitos, transferência, suspensão de medidas de isolamento e semanalmente:
- Utilizar uniforme completo e EPI.
- Usar a técnica de desinfecção (6.2), quando na presença de matéria orgânica, seguida de limpeza semanal;
- Passar pano úmido com solução desinfetante (álcool 70%), fricção por duas vezes em mesas, bancadas, carrinhos de anestesia, etc. ;
- Passar pano úmido com solução desinfetante (hipoclorito de sódio à 1%), em paredes, pisos, tetos, portas, janelas, etc.;
- Lavar as mãos ao término da tarefa;

7. RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

7.1. BANHEIRO

- Limpeza e desinfecção diária e semanal
- Utilizar uniforme completo e EPI
- Usar técnica do pano úmido com dois baldes (4.1) em: portais, portas, vidraças e visores.
- Utilizar a técnica com água abundante, quando em presença de saída de água (ralos);
- Lavar os materiais e as mãos no final da tarefa.

7.2. SALA DE CURATIVO E SALA DE EXAME

- Efetuar limpeza diária (5.1) e desinfecção e/ou descontaminação concorrente usando técnica do pano úmido (6.4.1), sempre que necessário;
- Efetuar limpeza terminal e desinfecção ao término da jornada de trabalho, usando a técnica do pano molhado e pano úmido, seguindo as técnicas da limpeza e desinfecção diária;
- Lavar os materiais e as mãos ao término da tarefa

7.3. SALA DE CIRURGIA E SALA DE PARTOS

- Antecedendo o início dos trabalhos diários realizar uma revisão da limpeza das salas (limpeza preparatória) limpando as superfícies horizontais do mobiliário e dos equipamentos com pano úmido embebido em álcool 70%.
- Após cada cirurgia proceder limpeza diária (5.1) e desinfecção concorrente (6.4.1);

7.3. SALA DE CIRURGIA E SALA DE PARTOS

- Usa-se a técnica do pano úmido, seguindo roteiro da limpeza diária e desinfecção diária, ao término da programação cirúrgica;
- Lavar todo o material e guardar;
- Lavar as mãos ao término de cada tarefa;
- 1 vez por semana executar a limpeza semanal (5.2) utilizando máquinas enceradeiras/aspiradoras de água.

OBS.: Idealmente a limpeza diária das salas cirúrgicas deve acontecer ao término de todo o mapa cirúrgico, utilizando-se preferencialmente, máquinas lavadoras com sistema de aspiração de líquidos. Tem por vantagem eliminar a varredura úmida minimizando a disseminação dos microorganismos e aumentando o tempo de contato do agente com a superfície. Tem por desvantagem a necessidade de deixar o chão molhado por alguns minutos.

7.4. BERÇÁRIOS, INCUBADORAS, ETC.

Berçário

- Por ser considerado uma área crítica, orienta-se a limpeza diária (5.1) e desinfecção concorrente (6.4.1), duas vezes ao dia e sempre que necessário, usando a técnica do pano úmido (4.1).
- 1 vez por semana executar a limpeza semanal (5.2).

Incubadoras

- A limpeza diária deve ser feita com água e sabão seguida pela desinfecção concorrente com solução de hipoclorito de sódio à 0,02% (partes não metálicas) e álcool etílico à 70% (partes metálicas); friccionando a solução em três aplicações durante 10 segundos. Após, secar com pano limpo.
- A desinfecção terminal deve ser feita com hipoclorito de sódio à 1% deixando em aeração por 24 horas.

7.5. VESTIÁRIOS

- Limpeza diária – utilizar técnica de varredura úmida.
- Limpeza semanal – semanalmente

7.6. ESCADAS, CORREDORES E HALL – ÁREA DE CIRCULAÇÃO (TRÂNSITO) CONTÍNUO

- Utilizar a técnica de limpeza diária com pano úmido;
- Iniciar a limpeza de cima para baixo (escadas), usando barreira (linha imaginária) para isolar a parte a limpar, deixando a outra parte para circulação; mudar a barreira e efetuar a limpeza das outras partes.

7.7. VENEZIANAS, PERSIANAS, VIDRAÇAS , CORTINAS E CARPETES

Venezianas e Persianas

- Limpeza semanal;
- Técnica do pano úmido;
- Limpar as lâminas, uma a uma de cima para baixo, limpando bem os cantos, as partes externas e internas.

Vidraças e Visores

- Limpar as esquadrias e vidros usando a técnica do pano úmido;
- Fazer bola de jornal, umedecer e passar no vidro;
- Fazer outra bola de jornal e esfregar no vidro para secar e polir.

Cortinas e Carpetes

- Cortinas e carpetes devem ser evitadas nas áreas de atendimento aos pacientes, em virtude de serem excelentes agregadores de pó.
- Recomenda-se a aspiração diária dos carpetes e mensalmente uma lavagem com máquinas lavadoras aspiradoras. Existe ainda a possibilidade da utilização de máquinas a vapor d'água.
- A varredura do carpete à seco dispersa partículas de poeira e microorganismos ali presentes.
- As cortinas devem ser retiradas periodicamente para lavagem (sugere-se mensalmente).

7.8. PORTAIS, TELEFONES E FIOS

Portas, Portais, Maçanetas e Puxadores

- Utilizar a técnica da limpeza semanal com pano úmido;
- Fazer a desinfecção das maçanetas e puxadores friccionando álcool 70%
- Lavar as mãos ao término da tarefa.

Telefones e fios

- Limpar diariamente com pano úmido com água e sabão.
- Fazer a desinfecção friccionando álcool 70%.

7.9. GELADEIRA

- Limpeza semanal;
- Descongelar a geladeira;
- Usar a técnica do pano úmido com água e sabão, seguida de desinfecção com álcool 70%;
- Limpeza interna e externa.

7.10. MACAS E SUPORTES

- Usar a técnica de limpeza diária com pano úmido com água e sabão.
- Efetuar a desinfecção diária, entre uso e semanal.
- Lavar as mãos ao término da tarefa.

7.11 VIDRARIAS DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA

- Toda a vidraria utilizada no laboratório de microbiologia deve ser esterilizada antes do procedimento de limpeza ou descarte.

7.11 VIDRARIAS DO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA

- Antes da lavagem, todo material (placas, tubos de ensaio, etc.) deve ser embalado e esterilizado em autoclave, pelo funcionário do setor de bacteriologia.
- A vidraria deve ser retirada morna do autoclave.
- Desprezar o conteúdo das placas, tubos etc., na pia e proceder a lavagem com água e sabão. Nas placas de Petri deve-se realizar a fricção auxiliada por panos para a retirada de todos os resíduos.
- As vidrarias com resíduos endurecidos e com adesivos podem ser colocadas no balde com sabão, para amolecer.
- Todo o material deve ser enxaguado com água corrente e receber uma última lavagem com água destilada.
- Deixar todo o material virado para baixo, em bandejas, na bancada.
- Deixar secar.
- Em caso de necessidade de re-utilização das vidrarias as mesmas devem receber uma nova esterilização.

O funcionário responsável pelo processamento (limpeza e esterilização) das vidrarias deve utilizar o EPI indicado ao processo (luva de borracha cano longo, avental impermeável, máscara, óculos, sapatos impermeáveis).

7.12 VIDRARIAS DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- Nenhum material deve ser enviado a sala de lavagem sem tratamento.
- Os materiais (tubos, cálices, lâminas) de exames de fezes, urina, sangue e outros, devem ser colocados em balde com solução desinfetante (hipoclorito de sódio 5%).
- As ponteiros plásticas devem ser colocadas em recipientes com hipoclorito de sódio a 5%.
- Ao retirar os baldes com material das salas de análise, recolocar imediatamente outro balde no local com solução desinfetante.
- Nenhum material (tubos de ensaio, recipientes de fezes e urina, etc.) deve ser retirado das bancadas antes de passar por desinfecção. Os funcionários do laboratório devem desprezar todo material, nos baldes com desinfetantes.
- Ao chegar na sala de lavagem, os baldes com material e desinfetante (hipoclorito de sódio 5%) só devem ser manuseados após 30 minutos.
- Os copos plásticos brancos devem ser lavados com água e sabão. Não se deve utilizar sapólio e bombril.
- As ponteiros de plástico devem ser lavadas em água corrente.
- Os tubos de ensaio e lâminas devem ser lavados com água e sabão.

- No que diz respeito a lavagem e secagem seguir os passos descritos para a vidraria de microbiologia.
- Ao término do procedimento os baldes devem ser lavados com água e sabão para sua nova utilização.
- O funcionário responsável pelo processamento (limpeza e esterilização) das vidrarias deve utilizar o EPI indicado ao processo (luva de borracha cano longo, avental impermeável, máscara, óculos, sapatos impermeáveis).

CUIDADOS ESPECIAIS

8.1 DESCARTE DE MATERIAL PÉRFURO-CORTANTE

- A firma prestadora de serviço de limpeza, é responsável pelo fornecimento de caixas para descarte de material pérfuro-cortante.
- Diariamente e sempre que necessário (ao atingir o limite delimitado pela linha pontilhada), a servente lacrará a caixa de pérfuro-cortante, substituindo-a por outra.
- A caixa de pérfuro-cortante deve ser montada rigorosamente, conforme a orientação do fabricante.
- Desprezar nesta caixa, todo o material pérfuro-cortante: agulhas, jelcos, scalps, ampolas, lâminas de bisturi e outras, guias de cateteres etc.
- Descartar a seringa com a agulha fixada (**NÃO TENTAR DESCONECTAR A AGULHA DA SERINGA**).

8.2 PAPELEIRAS E SABONETEIRAS

- A firma prestadora de serviço de limpeza, é responsável pelo fornecimento de saboneteiras, papeleiras e sabão líquido.
- As papeleiras devem ser mantidas fechadas, evitando a exposição dos papéis à poeira.
- Limpar diariamente as papeleiras com pano úmido em água e sabão (técnica dos dois baldes), friccionando álcool 70% posteriormente.
- Evitar superlotar as papeleiras (acondicionar apenas 1 maço por vez), facilitando sua retirada após a lavagem das mãos.
- Lavar diariamente as saboneteiras, desprezando o conteúdo do dia anterior.
- Prover as saboneteiras com um quantitativo de sabão a ser utilizado no prazo máximo de 12 horas, evitando assim o seu desperdício.
- Ao encher as saboneteiras nunca colocar um sabão novo misturando-o a um sabão já em uso.
- Manter as saboneteiras fechadas e firmemente fixadas à parede.
- Não permitir, em nenhuma hipótese, o uso de sabão em barra para a lavagem das mãos (este sabão ao permanecer úmido serve de meio de cultura de microorganismos).
- Evitar manter próximo às pias almotolias de sabão antisséptico. Este tipo de sabão deve ser destinado à lavagem das mãos em situação de isolamentos de contato (quando orientados pelo SCIH) e preparo cirúrgico.

9. LIXO HOSPITALAR

- Acondicionar, transportar e dispor o lixo hospitalar requer cuidados especiais, uma vez que as operações impróprias ou inadequadas, bem como a presença de insetos e roedores acabarão por disseminar doenças infecto-contagiosas.
- Todas as etapas do trato com o lixo hospitalar são importantes, iniciando-se pelo acondicionamento, transporte corretos e depósitos apropriados, enquanto aguarda a operação de coleta municipal.

9.1. CLASSIFICAÇÃO DO LIXO

- Resíduo comum – São os que provêm de áreas não-críticas, não precisam de cuidados especiais;
- Resíduo pérfuro-cortante – devem ser acondicionados em recipientes rígidos, resistentes à ruptura e perfuração. Ex.: agulhas, ampolas, bisturi etc.;
- Resíduo de alimento – devem ser acondicionados em embalagem resistente evitando rompimento, e assim evitando transformarem-se em atração para vetores (insetos);
- Resíduo de papelão – devem ser desmontadas e acondicionadas em local seco.
- Resíduo infectante – são resíduos portadores de agente patogênicos; devem ser acondicionados em saco plástico de cor branco leitoso resistente. Ex.: material de laboratório e todo o lixo com matéria orgânica.

OBS.: As caixas de pérfuro-cortantes e lixo com matéria orgânica, após a coleta no hospital, serão transportadas, pelo serviço de coleta municipal, para incineração

9.2. ACONDICIONAMENTO E COLETA DO LIXO HOSPITALAR

- Todo o lixo deve ser acondicionado em lixeiras com pedal, mantendo-se este recipiente revestido em sacos coletores e permanentemente fechados.
- Acordar com o serviço de limpeza hospitalar os horários da coleta de lixo, visando a execução da limpeza dos elevadores ao término da coleta.
- As lixeiras para armazenamento devem ser próximas às pias, com sabão e toalha de papel para o funcionário lavar as mãos ao término da tarefa.
- Usar saco plástico de cor branco leitoso resistente para acondicionamento de lixo orgânico.
- O lixo contido nos sacos não deve exceder a 2/3 de sua capacidade total.
- Os sacos de lixo deverão ser lacrados e transportados em carrinhos de coleta com tampa.
- Os carrinhos de coleta interna, lixeiras e o local de armazenamento do lixo deverão ser submetidos diariamente após cada jornada de trabalho à limpeza e desinfecção.
- O uso de luvas de borracha com cano longo, gorro, máscara, avental impermeável e botas é obrigatório no manuseio do lixo e das roupas sujas;
- Nunca pegar maçanetas, portas, chamar elevadores, pegar carrinhos, telefones, etc., com as mãos enluvadas;
- As máscaras devem sempre cobrir o nariz;
- O gorro deverá cobrir todo o cabelo;
- Efetuar a lavagem das mãos após o manuseio com o lixo e no final da jornada de trabalho.

10. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CAIXA D'ÁGUA

- Deve ser feita a cada seis (6) meses da seguinte maneira:
- Utilizar EPI (botas, luvas e máscara).
- Esvaziar parcialmente a caixa d'água retirando sujidade maiores.
- Vedar as saídas de água da caixa.
- Esfregar as paredes internas e o fundo com escovão ou vassoura de primeiro uso.
- Retirar os resíduos com o auxílio de panos e recipientes.
- Lavar bem e desobstruir a saída da caixa d'água para escorrer o restante da água.
- Encher a caixa d'água usando dois (2) litros de água sanitária (hipoclorito de sódio a 2,5%), para cada 1000 litros de água para desinfetar.

- Aguardar duas (2) horas e esvaziar a caixa d'água.
- Depois tornar a enchê-la. Se for água da CEDAE, não precisa clorar. Caso contrário, usar 250 ml de água sanitária para 1000 litros de água.

IMPORTANTE:

- Observar se a vedação da caixa d'água está perfeita.
- As escotilhas das caixas d'água subterrâneas (cisternas) deverão ficar a dez (10) centímetros acima do piso e serem hermeticamente fechadas para evitar contaminação da água.
- Após limpeza e desinfecção periódica das caixas d'água, deve ser feito CONTROLE MICROBIOLÓGICO DA ÁGUA.

11. LAVAGEM DAS MÃOS

- A lavagem das mãos é, sem dúvida, a rotina mais simples, mais eficaz, e de maior importância na prevenção e controle das infecções hospitalares, devendo ser praticada por toda equipe, sempre ao iniciar e ao término de uma tarefa.

ROTINA DE LIMPEZA HOSPITALAR POR ÁREA		
ÁREA SEMI-CRÍTICA	PERIODICIDADE	OBSERVAÇÕES (*)
Enfermarias em geral, Corredores, Ambulatórios	<ul style="list-style-type: none"> •Diariamente, no horário diurno, e SOS. •Durante todo o dia. •Semanalmente •Mensalmente •Após alta, óbito ou transferência 	<p>Limpar com pano umedecido em água e sabão e desinfetar com hipoclorito de sódio 1% os pisos, banheiros, pias</p> <p>Limpar com pano umedecido em água e sabão; e desinfetar com álcool 70% friccionando superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários (incluindo a unidade do paciente).</p> <p>Esvaziar continuamente lixeiras e verificar as caixas de pérfuro-cortantes, recolhendo e repondo periodicamente.</p> <p>Em casos de contaminação de superfície com matéria orgânica, retirar o excesso com papel absorvente, limpar com pano úmido em água e sabão, e desinfetar com hipoclorito a 1%.</p> <p>Limpar com pano umedecido em água e sabão e desinfetar com hipoclorito a 1% paredes e portas.</p> <p>Limpar com pano umedecido em água e sabão e desinfetar com álcool a 70% equipamentos e mobiliários (interna e externamente), maçanetas e interruptores.</p> <p>Limpeza úmida do piso e desinfecção com hipoclorito 1%.</p> <p>Limpar as geladeiras do setor com água e sabão e desinfetar com álcool 70%.</p> <p>Acrescentar à limpeza semanal, janelas, vidros, luminárias, teto, condicionador de ar, ventiladores de teto.</p> <p>Limpar com pano úmido em água e sabão e desinfetar com hipoclorito a 1% a cama, colchão e estrado, e álcool 70% o restante da unidade do paciente.</p>

MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA ROEDORES

1. Fazer limpeza em todo o telhado para dificultar a permanência dos roedores no local.
2. Limpar diariamente, antes do anoitecer, os locais de refeições e preparo de alimentos.
3. Determinar um local comum para refeições e colocar os restos de alimentos em recipientes fechados.

4. Recolher os restos de alimentos em recipientes adequados, preferencialmente, sacos plásticos, que deverão ser fechados e recolhidos pelo serviço de coleta do hospital (Projel) e posteriormente pela coleta urbana.
5. Colocar sacos, fardos e caixas sobre estrados com altura mínima de 40 cm do piso, afastados uns dos outros e das paredes, deixando espaçamentos que permitam uma inspeção por todos os lados.
6. Não acumular objetos inúteis ou em desuso.
7. Vistoriar carga e descarga de mercadorias para evitar o transporte passivo de camundongos.
8. Manter armários e depósitos arrumados, sem objetos amontoados.
9. Não deixar encostados em muros e paredes objetos que facilitem o acesso dos roedores.
10. Buracos e vãos entre telhas devem ser vedados com argamassa adequada.
11. Colocar telas removíveis em abertura de aeração, entradas de condutores de eletricidade ou vãos de adutores de qualquer natureza.