

Universidade de São Paulo

**Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em
Gestão de Organizações em Saúde da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto**

MANOELLA MONUTTI

**Análise da Gestão de Materiais de Consumo de um centro de
Endoscopia de Elevada Complexidade**

RIBEIRÃO PRETO

2023

MANOELLA MONUTTI

**Análise da Gestão de Materiais de Consumo de um Centro de
Endoscopia de Elevada Complexidade**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

RIBEIRÃO PRETO

2023

MANOELLA MONUTTI

**Análise da Gestão de Materiais de Consumo de um centro de
Endoscopia de Elevada Complexidade**

Dissertação para submissão ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações em Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kemp

Coorientador: Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Monutti, Manoella

Análise da Gestão de Materiais de Consumo de um centro de Endoscopia de Grande Porte de um Hospital Universitário. Ribeirão Preto, 2023.

72 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações em Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Orientador: Kemp, Rafael.

1. Auditoria de Enfermagem. 2. Materiais. 3. Custos e Análise de Custos. 4. Economia Hospitalar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MONUTTI, Manoella

Análise da Gestão de Materiais de Consumo de um centro de Endoscopia
de Grande Porte de um Hospital Universitário

Dissertação para submissão ao
Programa de Pós-Graduação em Mestrado
Profissionalizante em Gestão de
Organizações em Saúde da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico à minha avó materna Maria José Forte Monutti (*in memoriam*), por me ensinar seus valores e me mostrar o quanto eles são importantes. Sei que de algum lugar ela ainda está presente

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por tornar possível a realização de um sonho e me permitir vivenciar cada momento durante esses dois anos de residência. Por ser meu porto seguro nos momentos difíceis e por me abençoar com essa conquista.

Agradeço aos meus Pais Lucélia Monutti e Fausto D. Parreira por serem minha base, pela educação e moral dedicada à minha formação como ser humano, pela confiança, apoio e companheirismo dedicados a mim, todos esses anos.

Agradeço ao meu noivo Luiz Carlos de Jesus, por todo o companheirismo, apoio e compreensão. Por ser minha força e sempre acreditar em minhas capacidades.

Agradeço aos meus companheiros de mestrado, em especial as minhas amigas, Lorena Micheline e Alessandra Batista Teixeira, todas as alegrias, todas as conquistas e por todos os momentos difíceis que encontramos

uma nas outras forças para continuar.

Agradeço minhas amigas Ligia Ayres de Souza e Leticia Cristina Hirovani que me acompanharam nessa jornada academia desde o início, me fortalecendo a cada passo.

Agradeço aos funcionários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que durante o período da coleta de dados dividiram comigo todo o conhecimento possível, suas dificuldades e realizações dentro da instituição.

Agradeço aos professores da banca, por me auxiliarem na finalização deste trabalho. Em especial ao meu orientador Prof. Dr. Rafael Kemp e coorientador Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty, pela dedicação, compreensão e paciência para com a realização deste trabalho, além de todos os momentos e ensinamentos passados durante esses anos.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento da Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financiamento 001.”

RESUMO

Monutti, M. Análise da Gestão de Materiais de Consumo de um centro de Endoscopia de Elevada Complexidade. [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2023.

Introdução: Em virtude da incorporação de tecnologia e aumento de gastos em saúde tornou-se indispensável uma gestão de qualidade para mitigar as perdas e garantir os recursos materiais e tecnológicos necessários para adequado funcionamento dos serviços de saúde. Os modelos de gestão em saúde associados ao controle e administração adequados dos insumos hospitalares, de consumo ou permanentes, impactam diretamente na redução de gastos excessivos e aplicação racional dos recursos, sem necessariamente prejudicar a qualidade da assistência. **Objetivo:** Esse estudo tem por finalidade realizar auditoria sobre os gastos de materiais de consumo utilizados nos diversos procedimentos realizados no centro de endoscopia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) e propor uma adequação aos POPs (procedimento operacional padrão) para cada procedimento endoscópico analisado. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, observacional, quantitativo, exploratório que busca analisar o consumo de materiais do Centro de Endoscopia do HCFMRP-USP, foram analisados 82 procedimentos endoscópicos entre eles endoscopia digestiva alta (EDA) e baixa (EDB), diagnósticas e terapêuticas, e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Foram identificados todos os materiais de consumo hospitalar e órtese, prótese e material especial (OPME) necessário para a realização dos procedimentos, os quais não vinham descritos no documento oficial da instituição, porem se fazem necessários para as condutas adequadas durante os exames. Os dados foram distribuídos em gráficos e tabelas. **Resultados:** Foram identificados os materiais de consumo hospitalar e OPME necessário para a realização dos procedimentos, o tempo de realização dos procedimentos e o tempo entre salas. Foram destacadas questões de não padronização de materiais; divergências no preparo da sedação, de seu acondicionamento e aplicação. Realizada também, a proposição de um novo POP com a adequação a todos os materiais, medicamentos e OPME necessárias para os procedimentos. **Conclusão:** Tendo em vista os aspectos observados, se faz possível à adequação de um novo Procedimento Operacional

Padrão, com o real objetivo do instrumento, traçando um roteiro padronizado, diminuindo os desvios de execução e conseqüentemente, aumentando a qualidade da assistência à saúde do paciente.

Palavras chave: Auditoria de Enfermagem, Materiais, Custos e Análise de Custos, Economia Hospitalar.

ABSTRACT

Monutti, M. Analysis of the Management of Consumable Materials of a High Complexity Endoscopy Center [Dissertation]. Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto; 2023.

Introduction: Due to the incorporation of technology and the increase in health expenses, quality management has become essential to mitigate losses and guarantee the material and technological resources necessary for the proper functioning of health services. Health management models associated with the proper control and administration of hospital supplies, consumable or permanent, directly impact on the reduction of excessive expenses and rational use of resources, without necessarily impairing the quality of care. **Objective:** The purpose of this study is to audit the expenditure on consumables used in the various procedures performed at the endoscopy center of the Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) and to propose an adaptation to SOPs (operating procedure standard) for each endoscopic procedure analyzed. **Materials and Methods:** A cross-sectional, observational, quantitative, exploratory study was carried out that seeks to analyze the consumption of materials at the EC of HCFMRP-USP, 82 endoscopic procedures were analyzed, including upper digestive endoscopy (EDA) and lower digestive endoscopy (EDB), diagnostic and therapies, and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). All hospital and OPME consumables needed to carry out the procedures were identified. Items which were not described in the institution's official document, but are necessary for proper conduct during examinations. Data were distributed in graphs and tables. **Results:** The hospital and OPME consumables needed to perform the procedures, the time to perform the procedures and the time between rooms were identified. Issues of non-standardization of materials were highlighted; divergences in the preparation of sedation, its packaging and application. The proposal of a new SOP was also carried out, adapting all materials, medicines and OPME necessary for the procedures. **Conclusion:** In view of the observed aspects, it is possible to adapt a new Standard Operating Procedure, with the real objective of the instrument, outlining a standardized script, reducing execution deviations and, consequently, increasing the quality of patient health care.

Key words: Nursing Audit, Materials, Costs and Cost Analysis, Hospital Economics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Problemas x Impactos Demonstrados pelo Diagrama de Pareto.....	30
Figura 2 - Gráfico de Pareto.....	31
Figura 3 - Distribuição Típica e Usual da Curva ABC.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação Anual de Materiais Utilizados pela Empresa.....	31
Quadro 2 – Características da Classificação XYZ.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Procedimentos realizados durante a Endoscopia Digestiva Alta....	42
Tabela 2 – Procedimentos realizados durante a Colonoscopia.....	43
Tabela 3 – Procedimentos realizados durante a CPRE.....	44
Tabela 4 – Quantidade total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente.....	47
Tabela 5 – Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Endoscopia Digestiva Alta.....	48
Tabela 6 – Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Colonoscopia.....	49
Tabela 7 – Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para CPRE.....	50
Tabela 8 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para utilizados na endoscopia digestiva alta diagnóstica.....	51
Tabela 9 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para utilizados na endoscopia digestiva alta terapêutica	51
Tabela 10 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para utilizados na colonoscopia diagnóstica.....	52
Tabela 11 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para utilizados na colonoscopia terapêutica.....	53
Tabela 12 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para utilizados na CPRE para desobstrução e retirada de cálculo.....	54

Tabela 13 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para utilizados na CPRE com colocação de prótese biliar.....	55
Tabela 14 – Total de OPME utilizada.....	57
Tabela 15 - OPME Utilizada na Endoscopia Digestiva Alta.....	57
Tabela 16 - OPME Utilizada na Colonoscopia.....	58
Tabela 17 - OPME Utilizada na CPRE.....	58
Tabela 18 - OPME Utilizada na CPRE para a colocação de prótese biliar.....	58
Tabela 19 - OPME Utilizada na CPRE para desobstrução e retirada de cálculo.....	59
Tabela 20 - OPME Utilizada para realização de endoscopia digestiva alta diagnóstica.....	59
Tabela 21 - OPME Utilizada para realização de endoscopia digestiva alta terapêutica.....	59
Tabela 22 - OPME Utilizada para realização de colonoscopia diagnóstica.....	60
Tabela 23 - OPME Utilizada para realização de colonoscopia terapêutica.....	60
Tabela 24 – Itens a serem incluídos nos POPs vigentes da Instituição.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem Total dos Exames Endoscópicos.....	41
Gráfico 2 – Porcentagem de EDA diagnóstica e terapêutica.....	42
Gráfico 3 – Tempo Médio da Endoscopia Diagnóstica em Comparação com a SOBED e a SPED.....	42
Gráfico 4 – Porcentagem de Colonoscopia Diagnóstica e Terapêutica.....	43
Gráfico 5 – Tempo Médio da Colonoscopia Diagnóstica em Comparação com a ESGE.....	44
Gráfico 6 – Tempo Médio dos Procedimentos de Retirada de Cálculo e Passagem de Prótese Biliar Auto Expansível da Realização no HCFMRP.....	45
Gráfico 7 – Tempo Médio de CPRE em Comparação com as Recomendações da SOBED.....	45
Gráfico 8 – Tempo Médio Entre Salas com Realização dos Procedimentos de Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e CPRE Comparado a Recomendações de Agendamento BSG e ESGE.....	46
Gráfico 9 – Quantidade de Procedimentos com Utilização de OPME.....	56
Gráfico 10 – Porcentagem Total de Utilização de OPME.....	56
Gráfico 11 – Quantidade de OPME Utilizada por Tipo de Procedimento.....	56
Gráfico 12 – Quantidade de OPME Utilizada por Tipo de Procedimento.....	57
Gráfico 13 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos Endoscópicos.....	62
Gráfico 14 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos CPRE.....	62

Gráfico 15 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos de Colonoscopia..... 63

Gráfico 16 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos de Endoscopia..... 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
BSG	British Society of Gastroenterology (Sociedade Britânica de Gastroenterologia)
CE	Central de Endoscopia
CNS	Conselho Nacional da Saúde
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal)
OPME	Órtese Prótese e Material Especial
P.E.P.	Prontuário Eletrônico do Paciente
PA	Procedimentos Assistenciais
PO	Procedimento Operacional
POP	Procedimento Operacional Padrão
PP	Procedimento Padrão
SESMET	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SOBED	Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
SPED	Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Administração de Materiais Hospitalares	24
1.2. Controle de Custos	26
1.3. Classificação dos Materiais	28
1.3.1. Curva ABC e/ou Diagrama de Pareto	29
1.3.2. Curva XYZ	33
1.4. Procedimento Operacional Padrão.....	34
2. OBJETIVO PRIMÁRIO	37
2.1. Objetivo Secundário	37
3. MATERIAIS E MÉTODOS	38
3.1. Tipo de Pesquisa.....	38
3.2. Local e Período da Coleta de Dados.....	38
3.3. Amostra	38
3.4. Aspectos Éticos	39
3.5. Monitoramento e Segurança dos Dados	39
3.6. Auditoria e Monitoramento dos Dados	39
3.7. Procedimento para Coleta de Dados	39
4. RESULTADOS.....	41
4.1. Atualização do POP	64
4.2. Proposição dos Novos Procedimentos Operacionais Padrão.....	69
4.3. Proposição dos Kits.....	82
5. DISCUSSÃO.....	84
6. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS.....	92

ANEXOS 101

1. INTRODUÇÃO

É de conhecimento que no cenário atual da saúde do nosso país, com o aumento das demandas dos serviços de saúde, em especial no setor público, o envelhecimento da população, a sobrecarga dos serviços hospitalares e a necessidade cada vez mais frequente de renovação e incorporação tecnológica, que as instituições de saúde busquem adequações gerenciais e aperfeiçoamento de custos, para permitir a manutenção de uma qualidade de assistência aceitável frente a uma medicina cada vez mais tecnológica e onerosa, em particular na gestão dos hospitais de elevada complexidade.

Com as frequentes mudanças no cenário econômico e na crescente demanda por assistência à saúde, cada vez mais as instituições requerem a adequação de sistemas de avaliação, controle e a gestão financeira com foco em estratégias para se reduzir gastos desnecessários.

A “garantia de qualidade em saúde refere-se à elaboração de estratégias tanto para a avaliação da qualidade quanto para a implementação de normas e padrões de conduta clínica” (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008). Essa excelência é indispensável para a sobrevivência dos serviços de saúde e daqueles que fazem uso dele (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006), e atualmente é indissociável da racionalização do uso dos recursos e insumos hospitalares.

Frente a isso nos deparamos com o sistema de auditoria que está estritamente relacionado não somente a uma função gerencial, mas também se torna um elemento essencial para a sobrevivência das instituições, independente de sua área de atuação. (ROSA, 2012).

Segundo Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) o processo de auditoria é uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, que busca fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos propostos.

Na área da saúde, a auditoria aparece na primeira vez em um estudo realizado pelo médico George Gray Ward em 1918 nos Estados Unidos, no qual foi avaliada a questão de qualidade de assistência médica prestada ao paciente por meio

de registro de prontuários. O que focalizou o princípio da auditoria em saúde de qualidade, incorporando com o passar dos anos as rotinas das instituições de saúde com intuito de avaliar aspectos qualitativos da assistência prestada, dos processos internos e das contas hospitalares (SCARPARO; FERRAZ, 2007).

Seguindo esses princípios, a auditoria em saúde é uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e custos das instituições de saúde, conhecidas respectivamente como auditoria de cuidados e auditoria de custos (ROSA, 2012).

Atualmente os hospitais possuem serviços de auditoria e contam com a atuação de profissionais da área da saúde. Conforme citado por Scaparo (2008), as instituições privadas criaram comissões de auditoria para avaliar a organização em áreas internas de controle, contas e finanças, fortalecendo a estrutura em épocas de dificuldades financeiras para os hospitais (1991, apud URBANI; HAUSER, 2008).

Para a realização dos processos de avaliação se faz necessário à atuação de profissionais capacitados e com uma visão econômico/contábil de forma a operacionalizar o processo de auditoria, incorporando-a as rotinas das instituições de saúde.

A auditoria em enfermagem abrange o controle do processo administrativo, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos (SILVA et al, 1990). Na literatura, existem outras definições associadas a auditoria, dentre elas a avaliação sistemática da qualidade dos serviços prestados ao cliente pela análise dos prontuários, que garante justa cobrança e o pagamento adequado a instituição (MOTTA, 2013).

Neste cenário, o controle e a gestão de insumos hospitalares constituem parte significativa da receita das instituições e são de suma importância para o atendimento de qualidade ao paciente.

A gestão de materiais hospitalares é uma das áreas mais complexas e de maior custo institucional, o que exige constantes atualizações devido às mudanças e surgimentos de novos produtos (HONÓRIO; ALBUQUERQUE, 2005).

Entende-se por gestão de materiais o processo no qual se planeja, executa e controla o fluxo de materiais em condições mais eficientes e econômicas, realizado desde sua idealização até seu uso final (FRANCISCHINI; GURGEL, 2013).

A administração dos recursos materiais tem sido motivo de preocupação nas organizações de saúde, tanto no setor público, como no privado, que complementam a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). No setor público, em consequência aos orçamentos restritos, se faz imprescindível um maior controle do consumo e dos custos para que não lhes falte o material necessário (CASTILHO; GONÇALVES, 2014).

A escassez de alguns dos materiais considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços de saúde (MESQUITA et al, 2005).

Na gestão, para redução de gastos de material e padronização dos procedimentos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) orienta o modo de realização dos procedimentos e defini os materiais e sua quantidade específica para cada ato.

“Os Procedimentos Operacionais Padrão são instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma tarefa específica” (BARBOSA et al, 2011).

O POP traz a sequência que o procedimento pode ser executado, descrevendo o procedimento, executante, objetivo da tarefa, materiais necessários, processos, cuidados especiais, resultados esperados, ações corretivas e a aprovação (MEDEIROS, 2010).

Durante a vivência da pesquisadora com auditoria de materiais frente ao panorama da saúde e suas necessidades de auditoria dos sistemas, foi possível identificar uma possível falha na gestão de materiais, frente à cobrança de insumos em excesso. Essas divergências identificadas nos modelos de controle, gerenciamento de custos e funcionamento dos serviços geraram o questionamento sobre a utilização de um sistema adequado para gestão de materiais hospitalares para assim atuar diretamente na redução do desperdício dos materiais auxiliando em uma melhor gestão financeira.

1.1. Administração de Materiais Hospitalares

Visto a elevação dos custos assistenciais relacionados a novas tecnologias empregadas à assistência e cuidado em saúde, ao aumento da expectativa de vida da população e sobrevivência dos doentes, as instituições de saúde vêm adotando medidas para melhor controle e gestão dos recursos. Os insumos hospitalares é um dos itens mais ofensivos dentro dos custos de um hospital e o bom gerenciamento destes tem impacto direto nos resultados financeiros das organizações.

Francisco e Castilho (2006) nos trazem que o grande desafio da saúde está em buscar o equilíbrio entre a qualidade do atendimento e os custos, buscando viabilidade, uma vez que as organizações de saúde vivem momentos de crise e grande competitividade.

Em uma visão geral a gestão de materiais é o planejamento, a realização e o controle do fluxo de materiais dentro da instituição. Contemplando desde o início com a solicitação do material até seu fim no descarte final após o uso (CASTILHO; LEITE, 1991).

A importância do gerenciamento dos recursos materiais pode ser demonstrada, observando o quanto os materiais representam em termos de destinação de recursos nas organizações. Em alguns casos eles podem chegar a 75% dos recursos e significar cerca de 45% das despesas (CASTILHO; LEITE, 1991)

A ineficiência do processo administrativo é identificada inicialmente pela falta de informação sobre o custo dos procedimentos, materiais e equipamentos que são utilizados, e também em relação à produtividade dentro dos serviços nas instituições de saúde (VIANA, 2002).

Historicamente os primórdios da administração de materiais coincidem com a escassez de bens ocorrida durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) (MAHAGAONKAR; KELKAR, 2017).

Dentre os objetivos da gestão de materiais estão à busca por alcançar baixos custos de aquisição, manutenção, reposição e de mão de obra; promoção de rotatividade de estoques e a continuidade de fornecimento; garantia da qualidade dos materiais adquiridos e promoção de boas relações com os fornecedores; além da

padronização dos materiais, otimização do atendimento, maximização de retornos e a centralização de atividades (BAHIA, 2019).

No contexto hospitalar podem ser considerados materiais: medicamentos, reagentes químicos, equipamentos, insumos cirúrgicos, dentre outros (MELO, 2016).

No Brasil, a regulação da comercialização dos materiais fica a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que classifica os materiais, definidos como “produto médico” em cinco categorias, conforme a Resolução nº 185 de 22/10/2001, sendo eles: 1- produtos para diagnósticos de uso in vitro; 2 - produtos para saúde (materiais e equipamentos); 3 - saneantes domissanitários; 4 - produtos de higiene pessoal, 5 - cosméticos e perfumes; e 6 - medicamentos (ANVISA, 2001).

A padronização de materiais médico-hospitalares também é recomendada por meio do estabelecimento de critérios de qualidade para a aquisição, buscando evitar o desperdício, reduzir os custos e possibilitar melhorias das ações. Levando em conta os riscos e impacto para pacientes, profissionais e meio ambientes (OLIVEIRA, 2017).

Para a prestação de um serviço de saúde eficiente, a boa administração e gestão dos recursos materiais precisa assegurar que o material esteja sempre disponível no momento e no local adequado (BORBA et al, 2009).

Como competência e responsabilidade dos gestores em saúde, a administração dos recursos materiais nas unidades hospitalares determina os produtos a serem adquiridos e seus sistemas de controle e avaliação, realizando o acompanhamento dos fluxos de manutenção, incluindo a educação continuada da equipe, com disponibilização da atualização de conhecimentos sobre os produtos utilizados na assistência à saúde e novos lançamentos do mercado (FONSECA, 1995). Porém devemos ter o cuidado de não transformar a administração de materiais em uma atividade meramente burocrática, que vise única e exclusivamente os interesses financeiros das instituições, mas, sim como uma conquista que destaca o importante papel do gestor na dimensão técnico-administrativa, que é parte importante no processo de cuidar e gerenciar (CASTILHO; GONÇALVES, 2014).

Compreendendo a atividade de gestão de materiais além da busca de preservação dos interesses financeiros da instituição, também se preza pela qualidade de assistência ao cliente, com redução de desperdícios baseada na

educação continuada dos profissionais vinculada a qualidade dos materiais disponibilizados e boas condições de trabalho aos profissionais da saúde.

1.2. Controle de Custos

Temos observado ao longo dos anos as dificuldades com o financiamento da saúde. Com a elevação do custo, os prestadores, financiadores, autoridades e inclusive os usuários dos serviços de saúde tem se preocupado cada vez mais com a prestação e qualidade dos serviços (SCHUTZ; SIQUEIRA 2011).

Nas organizações de saúde, os empreendedores se colocam diante de um novo cenário, os negócios estão cada vez mais competitivos e dispendiosos, e os lucros estão mais difíceis de ser conquistados. O que vem exigindo mais dedicação, redução de desperdícios, diminuição de supérfluos e controle das atividades financeiras (SCHUTZ; SIQUEIRA, 2011).

Gerenciar custos, dentro de orçamentos restritos, é manter equilíbrio entre despesas, custos e receitas, garantindo a sobrevivência da organização, podendo-se visualizar a unidade hospitalar como uma empresa (KURCGANT; SIQUEIRA, 2005).

Para atentar-se para a quantidade dos recursos necessários para que uma empresa de saúde funcione no mercado, devemos utilizar técnicas de planejamento, coordenação, supervisão e controle para que a gestão desses recursos seja realizada de forma a manter a sobrevivência da empresa (SCHUTZ; SIQUEIRA, 2011).

O “custo” representa os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens e serviços. Na cadeia produtiva em que se inserem os profissionais de saúde, o serviço produzido é o cuidado realizado ao cliente, e dentro dessa cadeia se observa que existem custos com recursos humanos, materiais, além dos custos com a estrutura hospitalar (BRUNI; FAMA, 2004).

Os custos podem ser classificados como:

- Custos diretos: incluídos diretamente no cálculo do produto. Exemplo: materiais e mão-de-obra utilizados na prestação do cuidado;
- Custos indiretos: necessitam de aproximação, algum critério de rateio para serem atribuídos ao serviço de cuidar, como aluguel do espaço, energia elétrica e água;

- Custo de transformação: custo agregado pela instituição na obtenção do produto;
- Custos fixos: são custos que não variam qualquer que seja o volume da atividade da empresa. Por exemplo, o aluguel do imóvel onde se instala o hospital: ele continuará existindo, não importando a quantidade de pacientes ali internados;
- Custos variáveis: valor variável diretamente ligado em função das atividades da empresa são custos que irão variar de acordo com a produção. Como por exemplo, os medicamentos;
- Os custos semifixos correspondem a custos que são fixos em determinado patamar, passando a ser variáveis quando esse patamar for excedido;
- Os custos semivariáveis correspondem a custos variáveis que não acompanham linearmente a variação da produção do volume de serviços; eles acompanham a variação aos saltos, mantendo-se fixos dentro de certos limites (BRUNI; FAMA, 2004).

As “despesas” correspondem a bens e serviços consumidos direta ou indiretamente para a obtenção de receitas e não estão associadas à produção de um produto ou serviço. Como por exemplo, os salários dos funcionários (BRUNI; FAMA, 2004).

Dentro das instituições temos também os “gastos” que consistem no sacrifício financeiro que a instituição arca para obtenção de um produto ou serviço qualquer, eles poderão ser classificados como custos ou despesas, dependendo da sua importância na elaboração do produto ou serviço. Temos ainda alguns gastos que podem ser temporariamente classificados como investimentos e à medida que forem consumidos, receberão a classificação de custos ou despesas. Para uma empresa, a obtenção do lucro é de grande importância, lucro esse resultado das receitas subtraídas de custos e despesas (BRUNI; FAMA, 2004).

Dentre os profissionais de uma instituição de saúde, o enfermeiro é considerado um elemento importante no gerenciamento de custos, visto que está em contato direto com os materiais de consumo utilizados na prestação do cuidado aos usuários e pode ajudar diretamente no controle dos gastos. Porém para isso é necessário o profissional ter conhecimentos a respeito de custos hospitalares,

reconhecendo seu papel como agente de mudança, no alcance de resultados positivos, bem como buscar equilíbrio entre qualidade, quantidade e custos (SCHUTZ; SIQUEIRA, 2011).

1.3. Classificação dos Materiais

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (2001), define como material médico-hospitalar, todos os aparelhos, materiais ou acessórios que estejam associados à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos e analíticos.

Dentro da definição de materiais médico-hospitalar, temos duas classificações, baseados na Lei nº 4.320/1964, são eles de material de consumo ou permanentes. E para sua definição temos as seguintes características:

I - Material de Consumo: é aquele que, em razão de seu uso corrente, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

II - Material Permanente: é aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Conforme definições citadas, para a caracterização de um material de consumo, ele deve se enquadrar em pelo menos um dos critérios a seguir (BRASIL, 1964):

- Critério da Durabilidade: material que em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;
- Critério da Fragilidade: material que sua estrutura for quebradiça, deformável ou danificável, caracterizando sua irrecuperabilidade e perda de sua identidade ou funcionalidade;
- Critério da Perecibilidade: material sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou deterioração e perda da característica pelo uso normal;
- Critério da Incorporabilidade: item destinado à incorporação junto a outro bem, e não pode ser retirado sem prejuízo das características físicas e funcionais do principal;
- Critério da Transformabilidade: se foi adquirido para fim de transformação.

Dentro das unidades hospitalares usualmente, os materiais são classificados segundo a duração, sendo agrupados em materiais de consumo e permanentes. Os materiais de consumo são estocados e com o uso acabam perdendo suas propriedades, tendo uma duração de no máximo dois anos como, por exemplo, esparadrapos, extensões para oxigênio, inaladores, seringas, agulhas e outros. Já os materiais permanentes são aqueles que não são estocáveis, ou que permitem apenas uma estocagem temporária, apresentando um tempo de vida útil igual ou superior a dois anos, constituindo o patrimônio da instituição, como por exemplo, mobiliários, equipamentos, instrumentais entre outros (LOURENÇO, 2006).

Os materiais também podem ser categorizados por seu custo, e para isso, sua categorização é feita através de um modelo de classificação elaborado por Wilfredo Pareto, também conhecido como “curva ABC”, onde os materiais são agrupados em categorias de acordo com o custo (CASTILHO; GONÇALVES, 2014).

1.3.1. Curva ABC e/ou Diagrama de Pareto

Devido à grande diversidade de itens que podem existir em um estoque, torna-se necessária sua classificação para melhor gestão dos mesmos. Assim, a técnica da Curva ABC e/ou Diagrama de Pareto, vem para classificar os insumos mediante o valor financeiro, a fim de apontar quais os materiais são mais importantes.

A curva foi desenvolvida por meio dos trabalhos do economista italiano Wilfredo Pareto (1848-1923) baseado na distribuição de renda de seu país. Ele verificou que uma pequena parte da população detinha a maior porção das riquezas, enquanto a maioria das pessoas possuía uma parcela bem pequena dos bens. De modo geral a metodologia serviu como forma de gerenciar os inventários e foi difundida logo após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) (MAIA NETO, 2005).

Maia Neto (2005, p. 64) relata que “a curva ABC é um modelo gráfico que possibilita a ordenação de itens por suas importâncias relativas e serve como instrumento visual de análise e determinação de prioridades para efeito de tomada de decisão”.

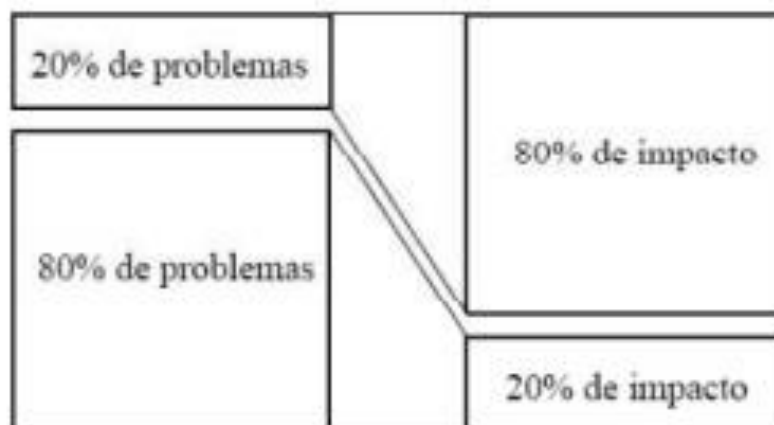
A análise da curva ABC auxilia na tomada de decisões estratégicas e na sistematização de processos organizacionais. Ela permite um rápido entendimento do

que impacta mais expressivamente nos resultados do negócio, merecendo, portanto, maior atenção da gestão.

Os cientistas criadores do método defendem que, de forma geral, apenas 20% dos produtos ou serviços de um negócio geram 80% do retorno à empresa. A proporção 80-20, também bastante utilizada como referência na gestão de empresas.

Essa ferramenta auxilia o gestor a identificar o local onde existe o maior número de ocorrências de situações problemáticas e priorizar suas ações. A Lei de Pareto, também conhecida como princípio 80-20, ou lei 20/80, também é conhecida por ser uma das sete ferramentas básicas da qualidade (CAMPOS, 2012).

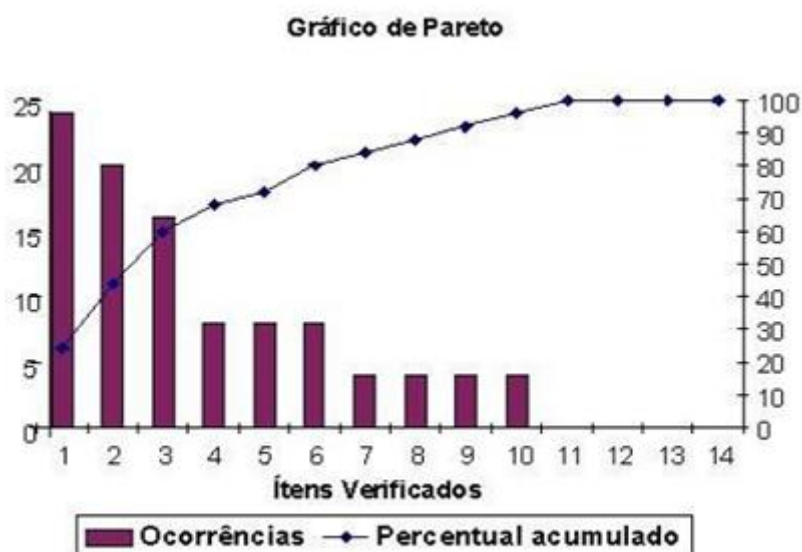
Figura 1 – Problemas x Impactos demonstrados pelo Diagrama de Pareto



Fonte: CAMPOS, 2012

Em síntese, o objetivo desta técnica é identificar as causas dos problemas em: poucos vitais e muito triviais, priorizando a ação que trará o melhor resultado, dessa forma, eliminando uma parcela importante das perdas com um pequeno número de ações (CAMPOS, 2012).

Figura 2 – Gráfico de Pareto



Fonte: CAMPOS, 2012

A construção da curva ABC, compreende três fases distintas (VIANA, 2002):

a. Elaboração da Tabela Mestre que deve trazer o máximo de informações sobre os itens avaliados, como por exemplo, código de identificação do item; descritivo detalhado; preço; quantidade no estoque; Itens utilizados no período de tempo avaliado; e total de produtos adquiridos no intervalo de tempo avaliado. Deverá ser ordenada por ordem decrescente e determinar as porcentagens em relação ao consumo total; como exemplo a tabela abaixo:

Quadro 1 - Relação Anual de Materiais Utilizados pela Empresa

MATERIAL	R\$ PREÇO UNITÁRIO	CONSUMO ANUAL - UNIDADES	VALOR DO CONSUMO ANUAL, EM R\$
X-01	25,00	200	5.000,00
X-02	16,00	5.000	80.000,00
X-03	50,00	10	500,00
X-04	100,00	100	10.000,00
X-05	0,15	200	30,00
X-06	0,01	100.000	1.000,00
X-07	8,00	1.000	8.000,00
X-08	2,00	20.000	40.000,00
X-09	70,00	10	700,00
X-10	5,00	60	300,00

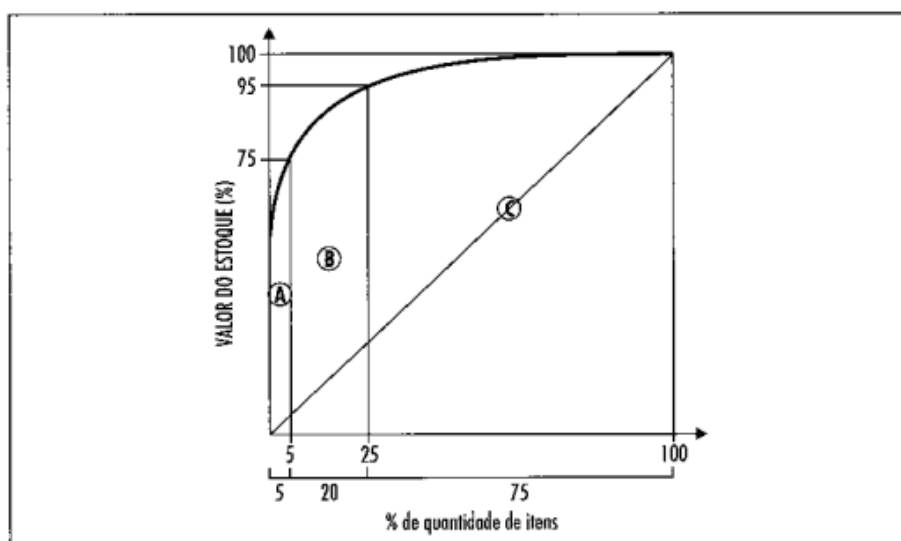
Fonte: VIANA, J. J. Administração de materiais: um enfoque prático. São Paulo: Atlas, 2002

Observa-se na tabela, os produtos do topo da lista. Aqueles que, juntos, representam mais de 70% do faturamento da empresa são classificados como A. Os produtos de classe B e C devem ser elencados de acordo com a expressividade dos resultados na tabela e também na experiência de vendas da empresa.

a. Construção do Gráfico;

b.

Figura 3 – Distribuição Típica e Usual da Curva ABC



Fonte: VIANA, J. J. Administração de materiais: um enfoque prático. São Paulo: Atlas, 2002

c. Interpretação do gráfico, com identificação de percentuais, quantidades de itens envolvidos em cada classe, bem com sua respectiva classe de valores. A classe A representa o grupo de maior valor e menor quantidade de itens, os quais devem ser gerenciados com especial atenção; a classe B representa a situação intermediária; e a Classe C representa o grupo de menor valor de consumo e maior quantidade de itens, justificando menor atenção em seu gerenciamento.

Alguns pesquisadores identificaram que a análise da gestão de materiais apenas baseado na Curva ABC, é limitada pelo fato que considerar apenas o valor financeiro dos materiais, não sendo adequada para controle de medicamentos. O que ressalta que as organizações devem associar outras classificações, como por exemplo, a curva XYZ (KRITCHANCHAI; MEESAMUT, 2018).

1.3.2. Curva XYZ

A Classificação XYZ outra técnica de gerenciamento de estoques bastante utilizada, também provém da gestão da qualidade. Ela implica numa avaliação adicional do impacto que determinado item causará nas operações de uma empresa. Dessa forma, a Análise da Criticidade é uma ferramenta importante para o desenvolvimento do trabalho à medida que fornece aos tomadores de decisão informações relevantes, úteis e indispensáveis para um eficiente gerenciamento de estoques (MAEHLER et al, 2004).

A construção da Classificação XYZ dos materiais de consumo visa também, identificar os materiais que independente do fraco consumo, podem, caso vierem a faltar, prejudicar seriamente a continuidade da assistência prestada ao paciente (LOURENÇO, 2006).

A curva XYZ foca a regularidade do consumo de materiais, baseada em dados e indicadores estatísticos, como o coeficiente de variação, e também informações acerca da variação dos preços (CLEVERT, 2007).

Por meio de medidas estatísticas são criados três grupos, sendo eles: X – que indica os itens com maior regularidade de demanda, sem grandes flutuações no consumo; Y – que reúne os itens que demonstram alguma oscilação de demanda; e Z – que representa os materiais com consumo mais irregular e com previsibilidade mais limitada. Assim, quanto mais alta a dispersão, maior a variabilidade de consumo (BESTA et al, 2018).

Quadro 2 – Características da Classificação XYZ

Itens	Características
Classe X	Materiais de baixa criticidade; Sua falta não interrompe as atividades da organização; Elevada possibilidade de substituição.
Classe Y	Materiais de criticidade média; São vitais para a realização das atividades; Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.
Classe Z	Materiais de máxima criticidade; Sua falta provoca a paralisação de uma ou mais fases operacionais da organização; Não podem ser substituídos por outros equivalentes.

1.4. Procedimento Operacional Padrão

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é constituído por instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica (OPAS, 2006).

Conhecido também como, Procedimento Operacional (PO), Procedimento Padrão (PP) ou Procedimentos Assistenciais (PA), é um documento formatado como manual descritivo, com objetivo de informar aos profissionais envolvidos nos processos sobre as diretrizes de atuação, mantendo assim a padronização das atividades.

Para a área da saúde, os POPs são imprescindíveis para determinar a qualidade, eficiência e eficácia da assistência, seguindo os critérios técnicos e obedecendo às normas e legislação relacionadas a áreas específicas.

Aplicado a enfermagem, o Procedimento Operacional Padrão (POP), é um meio de comunicação com os profissionais que executam diariamente técnicas e procedimentos no cuidado direto aos pacientes e favorecem a padronização de condutas (MATSUDA, 2010).

Os padrões assistenciais podem estar descritos em formato de protocolo e ou procedimento assistencial, contendo os requisitos mínimos para determinado cuidado a ser prestado, baseado em evidências científicas e ou na melhor informação disponível (PEREIRA et al, 2018).

A padronização das rotinas racionaliza a prática e conseqüentemente aumenta a segurança do cuidado, sendo que neste processo é fundamental que o enfermeiro monitore as ações assistenciais de sua equipe tendo como base a visão de integralidade do paciente (ALMEIDA, 2011).

Os POPs são documentos imprescindíveis para a realização da assistência em qualquer instituição de saúde que preza pela qualidade e segurança do cuidado, visto que tem como propósito organizar, padronizar, orientar e comunicar a estrutura e o funcionamento da instituição ou serviço, além de obter uniformidade e redução de custos. (MATSUDA, 2010).

Para a construção de um POP, segundo Pereira *et al.*, (2018), são recomendados algumas definições e itens que veremos a seguir:

1º Conceito ou definição: conceituar o procedimento pautado em referências de práticas baseadas em evidência e ou base de dados, alertando sobre os principais riscos e os processos de segurança.

2º Objetivos: descrever o que se pretende alcançar com a realização padronizada do procedimento.

3º Áreas envolvidas/abrangência: definir e descrever em quais áreas ou setores o procedimento pode ser realizado, garantindo a segurança na execução pela equipe treinada e capacitada, o ambiente deverá fornecer a estrutura e material adequado, e o paciente deverá ser adequadamente assistido.

4º Responsáveis: descrever as categorias profissionais dos responsáveis pela execução das etapas do procedimento baseado na Lei de Exercício Profissional, Resoluções dos Órgãos de Classe, Código de Ética Profissional, diretrizes e protocolos da instituição.

5º Indicação e contra-indicação: descrever os principais critérios que indicam e contra-indicam a realização do procedimento.

6º Material e outros recursos: descrever a lista de materiais e equipamentos que serão utilizados, evitando retrabalhos e ou desperdícios garantindo uma prática segura. Considerar alergia declarada e material a ser substituído. Considerar as especificidades do paciente como faixa etária, condição clínica, entre outros, e recomendar a necessidade de outro profissional da equipe para auxiliar durante o procedimento, para garantir a esterilidade do material, técnica asséptica e segurança do paciente. Seguir normativas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Comissão de Padronização de Materiais e Engenharia Clínica.

7º Orientação pré e pós-procedimento: descrever as informações relevantes que o paciente e familiar devem receber sobre o procedimento, assim como os alertas e riscos, sinais e sintomas. Informar a entrega de material educativo. Considerar o consentimento verbal e/ou escrito, conforme as normativas da instituição (Termo de Consentimento). Promover uma melhor comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde.

8º Indicador de qualidade: descrever a ficha técnica do indicador que monitorará a qualidade da execução do procedimento, quando aplicável.

9º Periodicidade de treinamento: descrever a periodicidade de treinamento do procedimento considerando a criticidade, o risco, recorrência de eventos adversos, e exigência de busca de capacitação contínua necessária à sua realização.

Exemplo: periodicidade admissional, anual ou bienal, ou devido à introdução de novo material, equipamento ou informação. Citar o requerimento de certificação por determinada sociedade, curso, entre outros, com data de renovação.

10º Documentos relacionados: listar os outros documentos institucionais que estão diretamente relacionados ao procedimento descrito para consulta e complementam o processo. Como exemplo, uma política, norma, diretriz ou protocolo relacionado a este procedimento.

11º Referências consultadas: descrever as fontes consultadas.

12º Elaboradores/revisores e respectiva área: listar os profissionais que participaram diretamente da elaboração do procedimento e revisão com respectivos cargos e/ou áreas de atuação.

13º Descrição do procedimento.

Todas as informações descritas acima devem estar claras aos responsáveis pela sua execução, para que se mantenha a qualidade e para uma boa a gestão organizacional, contribuindo para a padronização de tarefas, criando um método conciso e que livre das não conformidades, que são à base da Gestão da Qualidade.

A partir da definição e das atualizações regulares dos processos e consequente consolidação desses quesitos, há uma convergência para minimização de erros. Além de desvios na execução, resultando em aumento da qualidade dos serviços prestados.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral.

Efetuar uma auditoria sobre os gastos de materiais de consumo hospitalar utilizados nos procedimentos endoscópicos (Endoscopia Digestiva, Colonoscopia e Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada) realizados no CE do HCFMR-USP e comparar com os gastos esperados com base nos POPs já utilizados neste serviço.

2.2. Objetivos Secundários

Discriminar e contabilizar os materiais utilizados nos diferentes procedimentos (Endoscopia Digestiva, Colonoscopia e Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada) realizados no centro de endoscopia do HCFMRP-USP.

Estabelecer padrões de uso de materiais de consumo hospitalar.

Comparar a descrição quantitativa dos materiais utilizados com os materiais descritos nos procedimentos operacionais institucionais.

Analisar os procedimentos operacionais padrões (POP) internos adotados pelo Serviço de Endoscopia do HCFMRP-USP.

Propor a atualização e adequação de todos os POPs seguindo os padrões de utilização observados.

Elaborar “kits” de materiais para cada procedimento endoscópico baseados nos POPs e no consumo observado no CE da instituição.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipos de Pesquisa

Transversal, retrospectivo, quantitativo, exploratório que busca analisar o consumo de materiais de um centro de endoscopia de elevada complexidade de um hospital universitário.

3.2. Local e Período da Coleta de Dados

Este estudo foi realizado no Centro de Endoscopia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), através da análise de utilização de materiais de consumo dos procedimentos endoscópicos realizados no período de 04/07/2022 a 29/07/2022, em dias úteis, um ano pós-pandemia, período em que houve normalização dos atendimentos e do fornecimento de materiais de consumo hospitalar.

Esse hospital situa-se no interior de São Paulo atendendo as regiões de Ribeirão Preto, Franca, Araraquara e Barretos, além de outras regiões do Estado e do país. Proporciona atenção à saúde para tratamentos de doenças de elevada complexidade em nível ambulatorial e hospitalar de natureza clínica e / ou cirúrgica, e neste cenário possui um Centro de Endoscopia caracterizado como um Serviço de Endoscopia tipo III (BRASIL,2013).

3.3. Amostra

A amostra foi coletada no Centro de Endoscopia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, caracterizado como um Serviço de Endoscopia tipo III, com exames endoscópicos sem sedação, com ou sem anestesia tópica; procedimentos endoscópicos sob sedação consciente, com medicação passível de reversão com uso de antagonistas; e procedimentos endoscópicos sob qualquer tipo de sedação ou anestesia.

3.4. Aspectos Éticos

Este estudo, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução CNS 466/2012 foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP), visto tratar-se de levantamento de dados administrativos e considerando que não houve nenhuma intervenção ou utilização de dados e informações de pacientes houve dispensa do termo de consentimento e a aprovação pelo CEP (CAAE No. 42937421.0.0000.5440 APROVAÇÃO EM 22/02/2021).

3.5. Monitoramento e Segurança dos Dados

Reiteramos o compromisso com a resolução 466/12 e suas complementares do CNS, assegurando o sigilo e a confidencialidade dos pacientes e que os dados obtidos somente para os fins propostos no estudo.

Notificamos que para assegurar o sigilo, os dados serão colhidos apenas em pen-drives criptografados (e não em papéis). Declaramos ainda não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

3.6. Auditoria e Monitoramento dos Dados

O pesquisador nomeou um auditor, independente, para realizar o monitoramento, assegurando que o auditor foi treinado para conduzir a auditoria adequadamente. Uma análise sistemática e independente dos documentos relacionados ao estudo determinou que as atividades fossem conduzidas e os dados registrados, analisados e relatados com precisão de acordo com o protocolo.

3.7. Procedimento para Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada através do instrumento de coleta de dados adaptado (Anexo 5), pautado sobre um documento oficial da instituição, conhecido com folha de gastos (documento oficial da instituição para procedimentos endoscópicos particulares utilizados pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência), sobre os gastos de insumos descartáveis utilizados no ano de 2022,

comparados aos POPs específicos para cada procedimento da própria instituição, formulado através de consulta a formulários de outras instituições de referência e posicionamentos das sociedades médicas de endoscopia (SOBED, ASGE, ESGE, etc.).

Foi avaliado o total de materiais consumidos pelo serviço durante a realização dos exames, a média de materiais gastos para cada procedimento, o número médio de materiais necessários para a realização dos diferentes procedimentos endoscópicos tomando-se como referência os POPs, o consumo esperado de materiais para o volume do serviço e o excedente de gastos de materiais, se houver.

Para análise de consumo, os dados foram tabelados em arquivo em Excel e em um segundo momento, foram comparados com os materiais descritos quantitativamente nos POPs (Anexos 1, 2 e 3).

O consumo registrado é específico para instituição de estudo em razão de se tratar de um hospital de ensino, sendo que, os padrões de utilização dos materiais de consumo estão sujeitos às demandas de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde dos diversos programas de residência médica e formação complementar e especializada.

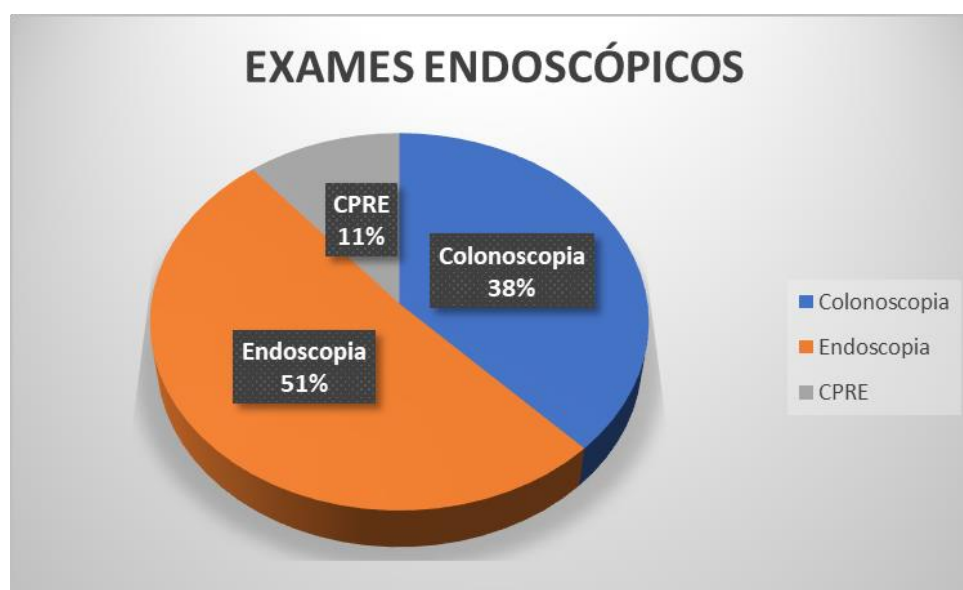
Os dados foram analisados e dispostos em gráficos e tabelas baseados em estatística descritiva, com posterior identificação de plano de ação quanto à melhoria da gestão de materiais e redução de gastos.

Através do registro desse consumo, foi possível a comparação sobre a quantidade utilizada versus a quantidade indicado no POP. Acarretando a atualização necessária sob a quantidade ideal de cada insumo para a realização do procedimento sem consumo em excesso. Criando, um padrão ideal quanto a utilização de insumos, atualizando assim os documentos já instituídos pela organização de saúde.

4. RESULTADOS

Foi analisado um total de 82 procedimentos no período de 15 dias, sendo eles 42 endoscopias digestivas altas (EDA), correspondente a 51% dos exames coletados; 31 endoscopias digestivas baixas (colonoscopia), correspondente a 38% dos exames coletados; e 09 Colangiopancreatografias Retrógradas Endoscópicas (CPRE), correspondente a 11% dos exames coletados (gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentagem Total de Exames Endoscópicos



O tempo médio de realização de EDA diagnóstica foi de 15 minutos, com tempo mínimo de 03 minutos e máximo de 65 minutos. Nos casos de EDA terapêutica o tempo médio foi de 52 minutos, com tempo mínimo de 13 minutos e máximo de 130 minutos.

No gráfico 2 podemos identificar a porcentagem de exames diagnósticos e terapêuticos e na tabela 3 os tipos de procedimentos realizados nos exames terapêuticos. É possível, ainda comparar o tempo da EDA diagnóstica identificada no HCFMRP com a preconizada pela SOBED e SPED (Gráfico 3).

Gráfico 2 – Porcentagem de EDA Diagnóstica e Terapêutica

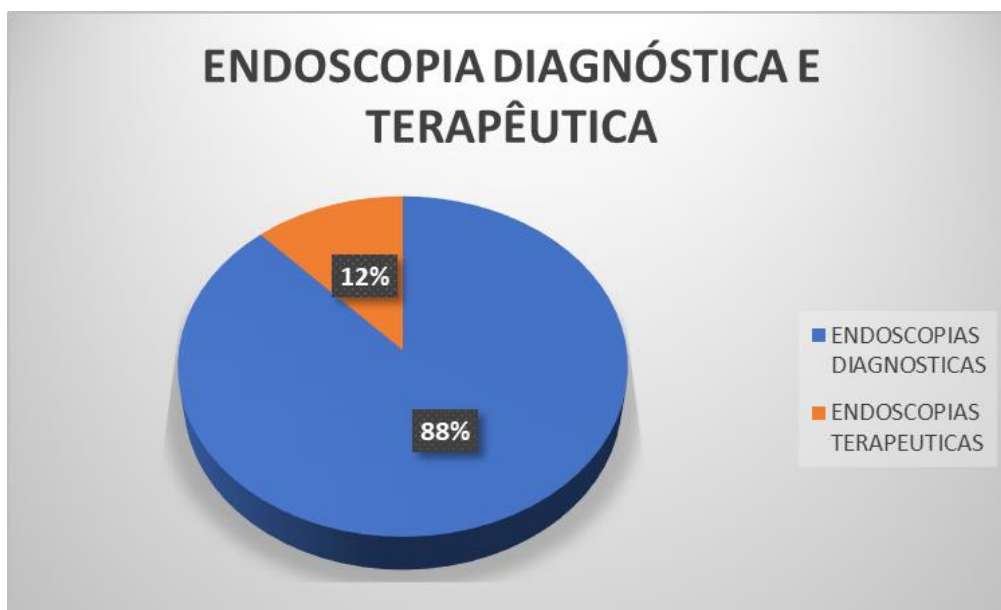
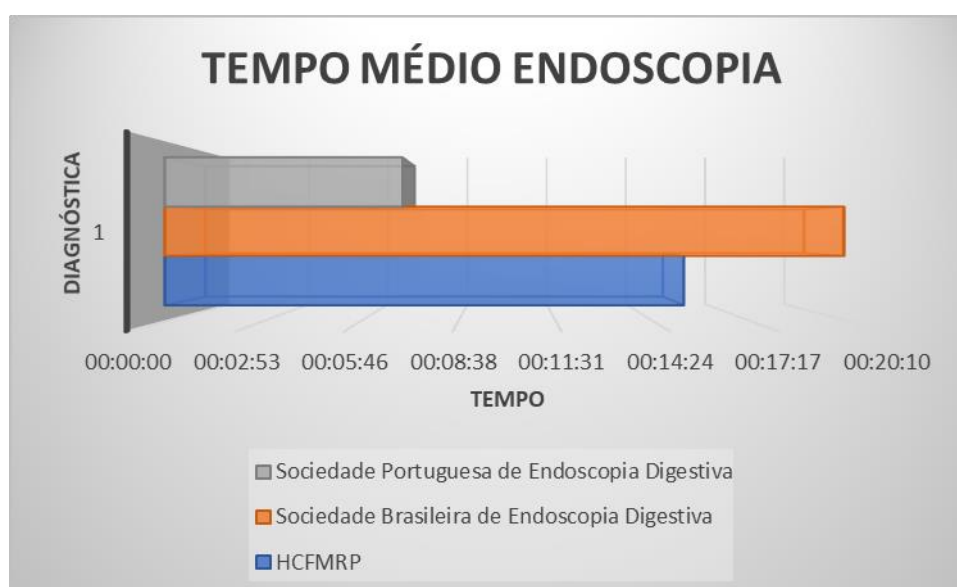


Tabela 1 – Procedimentos Realizados Durante a Endoscopia Digestiva Alta

TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE REALIZADA
Biópsia	26
Passagem de Sonda Nasoenteral	01
Polipectomia	01
Dilatação Esofágica	01
Ligadura Elástica	01
Cauterização por Argônio	01

Gráfico 3 – Tempo Médio Endoscopia Diagnóstica em Comparação com a SOBED e a SPED



Para os casos de colonoscopia diagnóstica o tempo médio de realização foi de 20 minutos, com tempo mínimo de 04 minutos e máximo de 78 minutos. Na colonoscopia terapêutica e/ou com biópsia o tempo médio foi de aproximadamente 27 minutos, com tempo mínimo de 09 minutos e tempo máximo de 60 minutos. A relação entre exames diagnósticos e terapêuticos e os tipos de procedimentos realizados e a preconização quanto ao tempo médio de realização pela ESGE, estão no gráfico 4 e 5; e tabela 4.

Gráfico 4 – Porcentagem de Colonoscopia Diagnóstica e Terapêutica

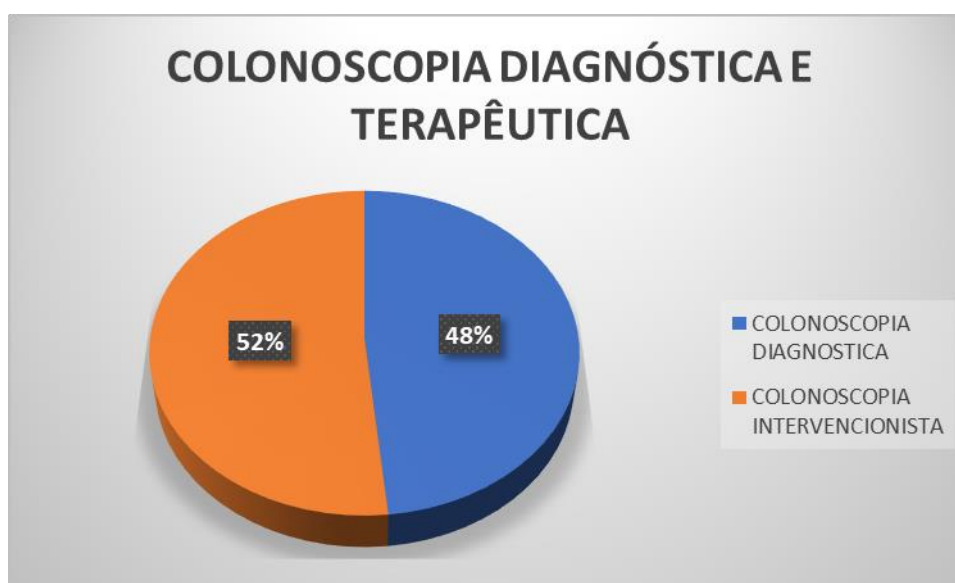
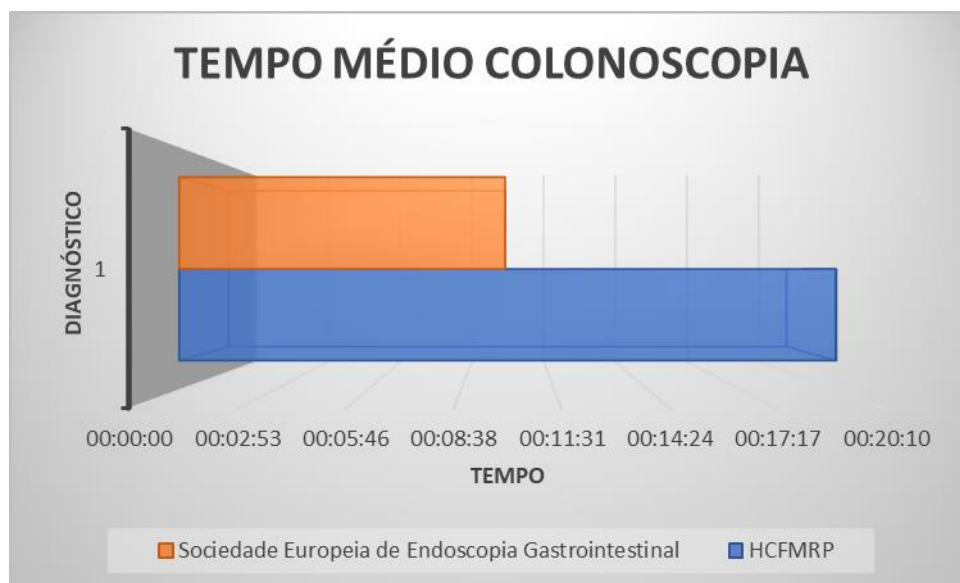


Tabela 2 – Procedimentos Realizados Durante a Colonoscopia

TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE REALIZADA
Biópsia	16
Polipectomia	04
Cauterização de Hemorragia Vascular com Gás de Argônio.	01

Gráfico 5 –Tempo Médio Colonoscopia Diagnóstica Comparação com a ESGE.



Quanto ao tempo da CPRE o tempo médio de realização foi de 53 minutos, com tempo mínimo de 22 minutos e máximo de 129 minutos. A seguir, estão descritos os procedimentos realizados através da CPRE durante o período de observação (Tabela 5), o tempo médio de cada procedimento (Gráfico 6) e o tempo médio de realização comparado ao indicado pela SOBED (Gráfico 7).

Tabela 3 – Procedimentos Realizados Durante a CPRE

TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE REALIZADA
Dilatação e Passagem de Prótese Biliar	06
Papilotomia e Retirada de Cálculo	03

Gráfico 6 –Tempo Médio dos Procedimentos de Retirada de Cálculo e Passagem de Prótese Biliar Auto Expansível da Realização no HCFMRP

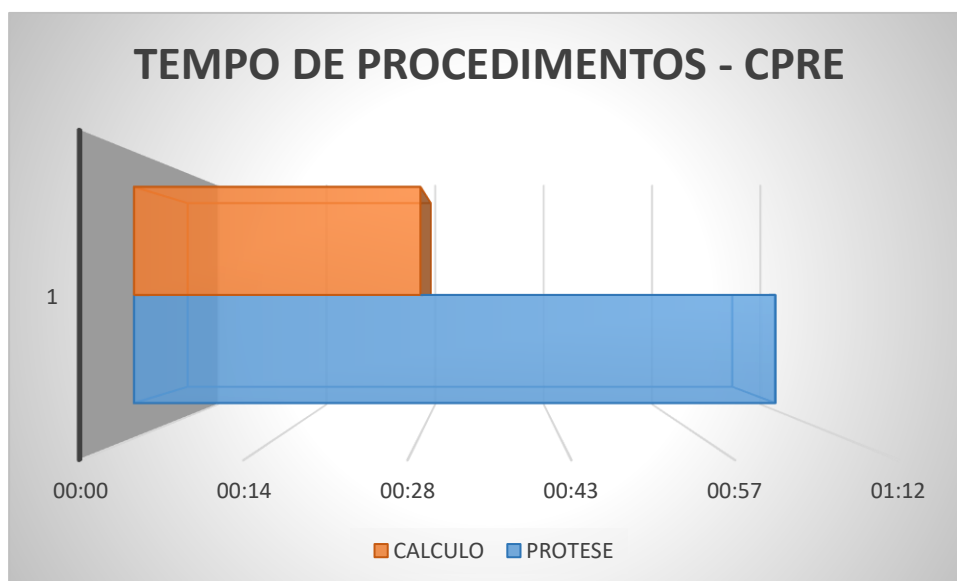
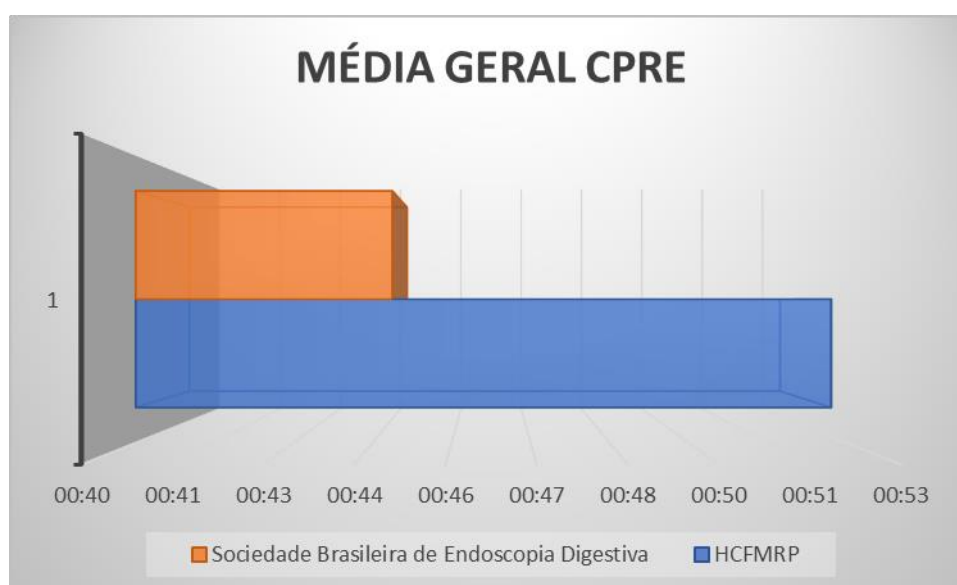


Gráfico 7 –Tempo Médio de CPRE em Comparação com as Recomendações da SOBED.



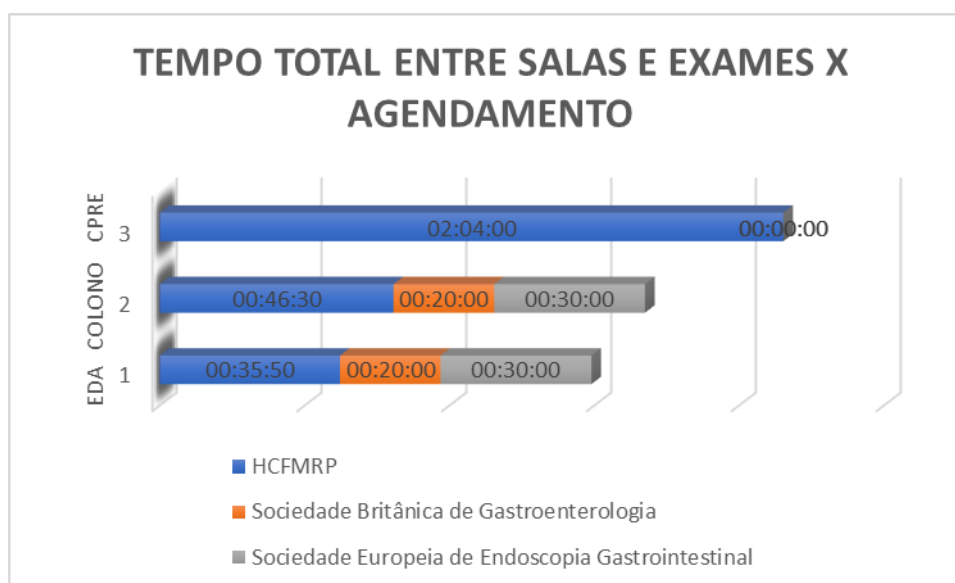
Os tempos gastos para a realização de exames de endoscopia alta, baixa e CPRE no CE, sejam diagnósticos ou terapêuticos, são em média 48,5% maiores que os apontados na literatura especializada.

Foi analisado também o “tempo entre salas”, que é tempo definido entre, o término de um exame e o início de outro, constituindo remoção do paciente para sala

de recuperação, limpeza e preparo da sala utilizada, e a admissão de novo paciente para o exame. Para as salas de EDA, tivemos em média de 21 minutos, com mínimo de 07 minutos e máximo de 62 minutos; nas salas de colonoscopia observou-se a média de 38 minutos, com tempo mínimo de 15 minutos e máximo de 118 minutos; e nos tempos entre salas da CPRE, foi encontrada em média de 53 minutos, com mínima de 35 minutos e máxima de 129 minutos.

Quando observamos o tempo de indicação da BSG e da ESGE para intervalo de agendamento, ou seja, o tempo de realização de todo o ciclo citado acima, observa-se também diferenças. O gráfico 8, descreve a associação dos tempos entre salas ao tempo de realização do exame.

Gráfico 8 – Tempo Médio Entre Salas com Realização dos Procedimentos de Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e CPRE Comparado a Recomendações de Agendamento BSG e ESGE.



Apesar de não haver um posicionamento discriminado pelas sociedades endoscópicas no tempo entre salas para CPRE as etapas são as mesmas que para os demais procedimentos endoscópicos, dessa forma pode-se considerar que não há mudanças nessa recomendação.

Quanto à interrupção dos procedimentos, foi identificado 10% do total dos procedimentos, com o período médio de 04 minutos (mínimo 1 minuto e 38 segundos e máximo de 6 minutos e 13 segundos) por falta de material e necessidade de se

buscar algum item primordial ao término do procedimento pelo auxiliar fora da sala de exames, sendo mais frequentemente observado nas salas de colonoscopia (6 exames).

Frente à utilização dos materiais de consumo hospitalar (Tabela 6), identificamos um padrão claro, com algumas variações na quantidade de alguns itens (desde materiais descartáveis a medicamentos utilizados para a sedação), a depender da equipe responsável pela realização do procedimento, o que destaca a importância de padronização. A utilização dos materiais de consumo encontra-se na tabela 6, e em detalhes para cada procedimento analisado, nas tabelas de 7 a 15, dividido em um segundo momento em diagnóstico e terapêutico.

Tabela 4 – Quantidade Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicações e Material Permanente.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	25X08	UNIDADE	3
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	55
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	49
BORRACHA ASPIRAÇÃO	5 METROS	UNIDADE	8
CATETER O ²	Nº8	UNIDADE	82
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	71
COMPRESSA GAZE		PACOTE	3
ELETRODO DESCARTAVEL		UNIDADE	45
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	44
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO		UNIDADE	9
IV FIX		UNIDADE	65
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	48
LAMINA BISTURI	Nº	UNIDADE	1
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	14
SERINGA	3 ML	UNIDADE	3
SERINGA	5 ML	UNIDADE	79
SERINGA	10 ML	UNIDADE	42
SERINGA	20 ML	UNIDADE	50
TORNEIRINHA		UNIDADE	38
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	91
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	51
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	51
HIOSCINA 20 MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	12
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	65
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	30
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	96

S.R.L.	500 ML	UNIDADE	1
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	77
SIMETICONA 75 MG		MG	2761
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	6660
XYLOCAINA GEL	SERINGA 10G	UNIDADE	66
CONTRASTE	50 ML	UNIDADE	10
CIPROFLOXACINO	250MG/100ML	UNIDADE	2
PINÇA DE BIÓPSIA		UNIDADE	43
ALÇA DE POLIPECTOMIA		UNIDADE	8
BALÃO DILATADOR		UNIDADE	4
KIT LIGADURA ELÁSTICA		UNIDADE	2
DILATADOR SAWARY		UNIDADE	3
PINÇA DENTE DE RATO		UNIDADE	1
ENDOLOOP		UNIDADE	1
SONDA NASO ENTERAL		UNIDADE	2
CATETER DE ARGÔNIO		UNIDADE	1
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE		UNIDADE	1
PAPILÓTOMO		UNIDADE	7
FIO GUIA		UNIDADE	11
PROTESE BILIAR METÁLICA		UNIDADE	6
BASKET		UNIDADE	5
BALÃO EXTRATOR		UNIDADE	1
CATETER CPRE		UNIDADE	1

Tabela 5 – Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Endoscopia Digestiva Alta.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	15
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	17
CATETER O ²	Nº 8	UNIDADE	42
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	29
IV FIX		UNIDADE	28
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	19
SERINGA	5 ML	UNIDADE	32
SERINGA	10 ML	UNIDADE	17
SERINGA	20 ML	UNIDADE	12
TORNEIRINHA		UNIDADE	20
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	29
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	29
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	29
HIOSCINA 20 MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	1

MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	29
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	13
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	46
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	10
SIMETICONA 75MG		MG	2164
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	5220
XYLOCAINA GEL	SERINGA	UNIDADE	29
PINÇA DE BIÓPSIA		UNIDADE	16
KIT LIGADURA ELÁSTICA		UNIDADE	2
SONDA NASO ENTERAL		UNIDADE	2
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	3
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	1
SONDA ASPIRAÇÃO		UNIDADE	1
CONTRASTE	50 ML	UNIDADE	2
DILATADOR SAWARY		UNIDADE	3
FIO GUIA		UNIDADE	2
PINÇA DENTE DE RATO		UNIDADE	1
ENDOLOOP		UNIDADE	1
CATETER DE ARGONIO		UNIDADE	1

Tabela 6 – Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Colonoscopia

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	30
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	24
CATETER O ²	Nº 8	UNIDADE	31
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	32
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	32
IV FIX		UNIDADE	28
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	27
SERINGA	5 ML	UNIDADE	32
SERINGA	10 ML	UNIDADE	7
SERINGA	20 ML	UNIDADE	27
TORNEIRINHA		UNIDADE	10
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	29
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	29
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	28
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	9
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	30
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	42
XYLOCAINA GEL	SERINGA	UNIDADE	29

PINÇA DE BIOPSIA		UNIDADE	20
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	5
ALÇA DE POLIPECTOMIA		UNIDADE	4
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE		UNIDADE	1

Tabela 7 – Total de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para CPRE

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	25X08	UNIDADE	3
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	10
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	9
CATETER O ²	Nº8	UNIDADE	9
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	9
COMPRESSA GAZE		PACOTE	3
ELETRODO DESCARTAVEL		UNIDADE	45
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	10
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO		UNIDADE	9
IV FIX		UNIDADE	9
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	2
LAMINA BISTURI	Nº	UNIDADE	1
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	9
SERINGA	3 ML	UNIDADE	3
SERINGA	5 ML	UNIDADE	15
SERINGA	10 ML	UNIDADE	18
SERINGA	20 ML	UNIDADE	11
TORNEIRINHA		UNIDADE	9
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	16
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	9
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	9
HIOSCINA 20 MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	11
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	9
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	9
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	20
S.R.L.	500 ML	UNIDADE	1
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	25
SIMETICONA 75 MG		MG	600
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	1440
XYLOCAINA GEL	SERINGA 10G	UNIDADE	9
CONTRASTE	50 ML	UNIDADE	9
CIPROFLOXACINO	250MG/100ML	UNIDADE	2
ALÇA DE POLIPECTOMIA		UNIDADE	5
BALÃO DILATADOR		UNIDADE	3

PAPILOTOMO		UNIDADE	6
FIO GUIA		UNIDADE	9
PROTESE BILIAR METALICA		UNIDADE	6
BASKET		UNIDADE	4
BALÃO EXTRATOR		UNIDADE	1
PINÇA DE BIOPSIA		UNIDADE	1

Tabela 8 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicações e Material Permanente para Utilizados na Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	11
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	15
CATETER O ²	Nº 8	UNIDADE	37
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	24
IV FIX		UNIDADE	24
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	19
SERINGA	5 ML	UNIDADE	31
SERINGA	10 ML	UNIDADE	12
SERINGA	20 ML	UNIDADE	7
TORNEIRINHA		UNIDADE	18
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	37
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	37
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	37
HIOSCINA 20 MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	1
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	24
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	8
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	8
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	1
SIMETICONA 75MG		MG	1800
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	4320
XYLOCAINA GEL	SERINGA	UNIDADE	24
PINÇA DE BIOPSIA		UNIDADE	14
KIT LIGADURA ELASTICA		UNIDADE	1
SONDA NASO ENTERAL		UNIDADE	1

Tabela 9 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicações e Material Permanente para Utilizados na Endoscopia Digestiva Alta Terapêutica.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
----------	---------	--------	----------------------

AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	4
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	1
CATETER O ²	Nº 8	UNIDADE	5
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	5
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	3
IV FIX		UNIDADE	4
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	1
SERINGA	5 ML	UNIDADE	1
SERINGA	10 ML	UNIDADE	5
SERINGA	20 ML	UNIDADE	5
TORNEIRINHA		UNIDADE	2
SONDA ASPIRAÇÃO		UNIDADE	1
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	5
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	5
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	5
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	5
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	5
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	38
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	9
SIMETICONA 75 MG		MG	375
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	900
XYLOCAINA GEL	SERINGA	UNIDADE	5
CONTRASTE	50 ML	UNIDADE	2
PINÇA DE BIOPSIA		UNIDADE	2
BALÃO DILATADOR		UNIDADE	1
KIT LIGADURA ELÁSTICA		UNIDADE	1
DILATADOR SAWARY		UNIDADE	3
FIO GUIA		UNIDADE	2
PINÇA DENTE DE RATO		UNIDADE	1
ENDOLOOP		UNIDADE	1
SONDA NASO ENTERAL		UNIDADE	1
CATETER DE ARGONIO		UNIDADE	1

Tabela 10 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Utilizados na Colonoscopia Diagnóstica.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	14
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	8
CATETER O ²	Nº 8	UNIDADE	14
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	13
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	14

IV FIX		UNIDADE	12
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	4
SERINGA	5 ML	UNIDADE	14
SERINGA	10 ML	UNIDADE	4
SERINGA	20 ML	UNIDADE	10
TORNEIRINHA		UNIDADE	2
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	14
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	12
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	4
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	11
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	19
XYLOCAINA GEL	SERINGA	UNIDADE	13
PINÇA DE BIÓPSIA		UNIDADE	4

Tabela 11 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Utilizados na Colonoscopia Terapêutica;

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	16
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	16
CATETER O ²	Nº 8	UNIDADE	17
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	19
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	18
IV FIX		UNIDADE	16
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	23
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	5
SERINGA	5 ML	UNIDADE	18
SERINGA	10 ML	UNIDADE	3
SERINGA	20 ML	UNIDADE	17
TORNEIRINHA		UNIDADE	8
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	17
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	16
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	5
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	19
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	23
XYLOCAINA GEL	SERINGA	UNIDADE	16
PINÇA DE BIÓPSIA		UNIDADE	17
ALÇA DE POLIPECTOMIA		UNIDADE	4
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE		UNIDADE	1

Tabela 12 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicações e Material Permanente para Utilizados na CPRE para Desobstrução e Retirada de Cálculo.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	25X08	UNIDADE	1
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	4
BORRACHA ASPIRAÇÃO	5 METROS	UNIDADE	2
CATETER O ²	Nº8	UNIDADE	3
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	2
COMPRESSA GAZE		PACOTE	2
ELETRODO DESCARTAVEL		UNIDADE	15
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	3
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO		UNIDADE	3
IV FIX		UNIDADE	2
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	2
SERINGA	3 ML	UNIDADE	2
SERINGA	5 ML	UNIDADE	3
SERINGA	10 ML	UNIDADE	6
SERINGA	20 ML	UNIDADE	2
TORNEIRINHA		UNIDADE	2
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	6
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	3
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	3
HIOSCINA 20 MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	2
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	2
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	3
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	4
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	6
SIMETICONA 75 MG		MG	150
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	360
XYLOCAINA GEL	SERINGA 10G	UNIDADE	2
CONTRASTE	50 ML	UNIDADE	2
PINÇA DE BIOPSIA		UNIDADE	1
ALÇA DE POLIPECTOMIA		UNIDADE	1
FIO GUIA		UNIDADE	2
BASKET		UNIDADE	2

Tabela 13 – Separação de Materiais Descartáveis, Soluções, Medicamentos e Material Permanente para Utilizados na CPRE com Colocação de Prótese Biliar.

MATERIAL	TAMANHO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	25X08	UNIDADE	2
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	UNIDADE	10
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	UNIDADE	5
BORRACHA ASPIRAÇÃO	5 METROS	UNIDADE	6
CATETER O ²	Nº8	UNIDADE	6
CATETER TEFLON	Nº	UNIDADE	8
COMPRESSA GAZE		PACOTE	1
ELETRODO DESCARTAVEL		UNIDADE	30
EQUIPO SIMPLES		UNIDADE	7
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO		UNIDADE	6
IV FIX		UNIDADE	7
FRASCO PRA BIÓPSIA		UNIDADE	2
LAMINA BISTURI	Nº	UNIDADE	1
PLACA DE BISTURI		UNIDADE	6
SERINGA	3 ML	UNIDADE	1
SERINGA	5 ML	UNIDADE	12
SERINGA	10 ML	UNIDADE	12
SERINGA	20 ML	UNIDADE	9
TORNEIRINHA		UNIDADE	6
CUBA	REPROCESSADO	UNIDADE	12
BOCAL	REPROCESSADO	UNIDADE	6
BORRIFADOR	REPROCESSADO	UNIDADE	6
HIOSCINA 20 MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	9
MIDAZOLAM 5MG/ML	AMPOLA 3 ML	UNIDADE	6
FENTANIL 0,0785MG/ML	AMPOLA 2 ML	UNIDADE	6
PROPOFOL 100MG	AMPOLA 10 ML	UNIDADE	16
S.R.L.	500 ML	UNIDADE	1
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	250 ML	UNIDADE	19
SIMETICONA 75 MG		MG	450
LIDOCAINA SPRAY A 10%	1 PUFF (10MG)	MG	1080
XYLOCAINA GEL	SERINGA 10G	UNIDADE	6
CONTRASTE	50 ML	UNIDADE	6
CIPROFLOXACINO	250MG/100ML	UNIDADE	2
ALÇA DE POLIPECTOMIA		UNIDADE	3
BALÃO DILATADOR		UNIDADE	3
PAPILOTOMO		UNIDADE	6
FIO GUIA		UNIDADE	6
PROTESE BILIAR METALICA		UNIDADE	6
BASKET		UNIDADE	2

BALÃO EXTRATOR

UNIDADE

1

Foi utilizado um total de 97 OPME (Órtese, Prótese e Material Especial) (Tabelas 12, 13, 14 e 15), separados por categorias de exames (Gráfico 9). Em sua maioria utilizada, nos procedimentos de endoscopia (Gráfico 11), com a média de 01 OPME por procedimento. Seguido dos procedimentos de CPRE, com a maior quantidade de itens por procedimento, média de 04 OPMEs por procedimento.

Gráfico 9 – Quantidade de Procedimentos com Utilização de OPME

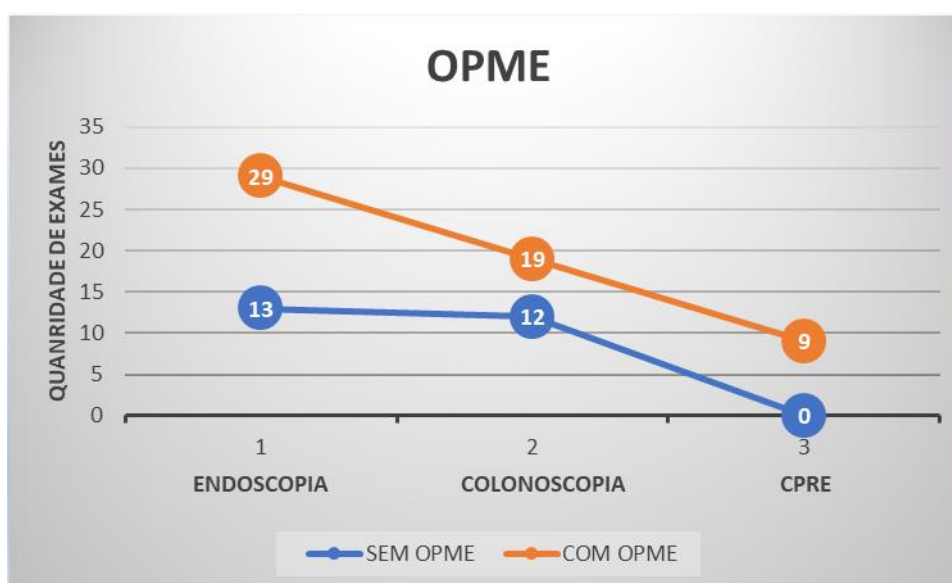


Gráfico 10 – Porcentagem Total de Utilização de OPME

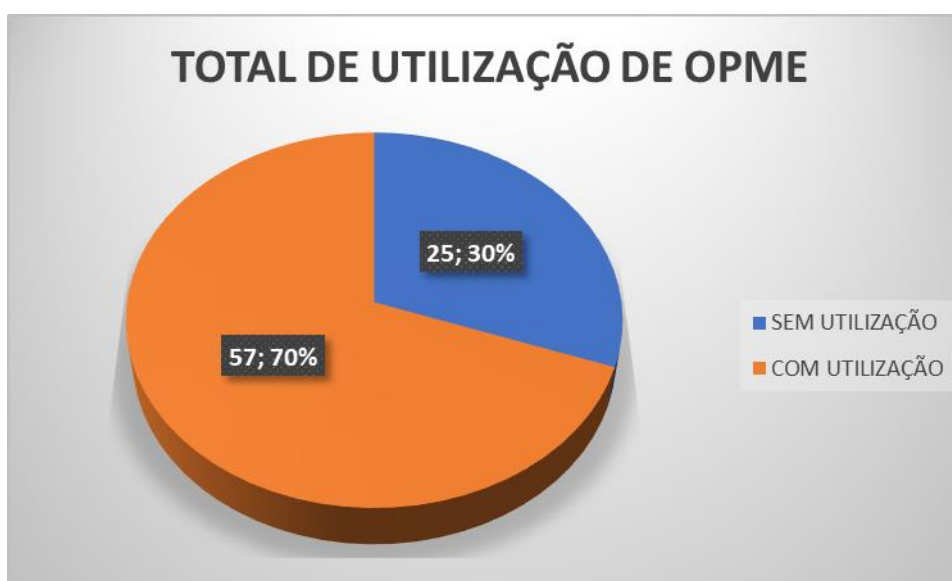


Gráfico 11 – Quantidade de OPME Utilizada por Tipo de Procedimento

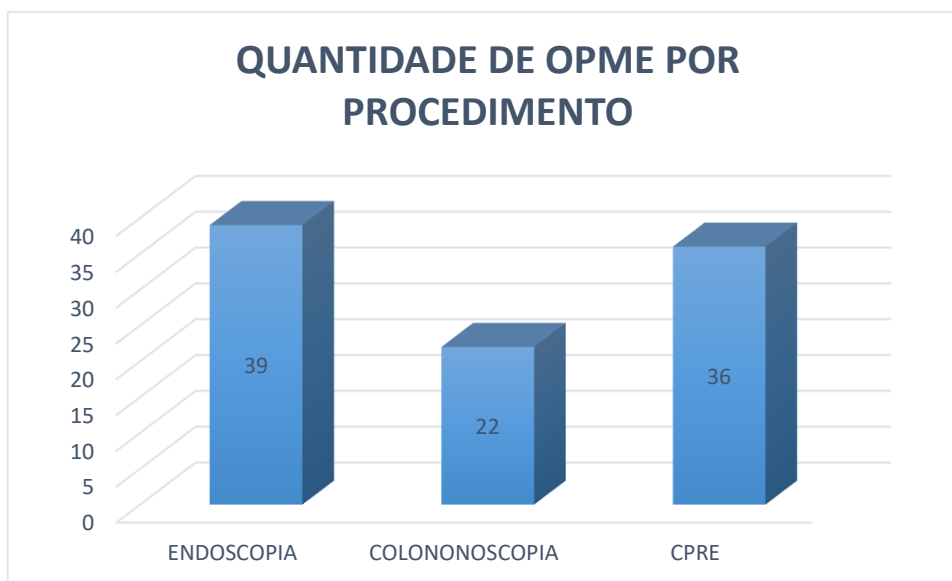


Tabela 14 – Total de OPME Utilizada

OPME	QUANTIDADE
PINÇA DE BIOPSIA	43
ALÇA DE POLIPECTOMIA	8
BALÃO DILATADOR	4
KIT LIGADURA ELASTICA	2
DILATADOR SAWARY	3
PINÇA DENTE DE RATO	1
ENDOLOOP	1
SONDA NASO ENTERAL	2
CATETER DE ARGONIO	1
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE	1
PAPILOTOMO	7
FIO GUIA	11
PROTESE BILIAR METALICA	6
BASKET	5
BALÃO EXTRATOR	1
CATETER CPRE	1

Tabela 15 - OPME Utilizada na Endoscopia Digestiva Alta

OPME	QUANTIDADE
PINÇA DE BIOPSIA	26
BALÃO DILATADOR	1
KIT LIGADURA ELASTICA	2

DILATADOR SAWARY	3
FIO GUIA	2
PINÇA DENTE DE RATO	1
ENDOLOOP	1
SONDA NASO ENTERAL	2
CATETER DE ARGONIO	1

Tabela 16 - OPME Utilizada na Colonoscopia

OPME	QUANTIDADE
PINÇA DE BIOPSIA	16
ALÇA DE POLIPECTOMIA	4
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE	1

Tabela 17 - OPME Utilizada na CPRE

OPME	QUANTIDADE
PINÇA DE BIOPSIA	1
ALÇA DE POLIPECTOMIA	4
BALÃO DILATADOR	3
PAPILOTOMO	7
FIO GUIA	9
PROTESE BILIAR METALICA	6
BASKET	4
BALÃO EXTRATOR	1
CATETER CPRE	1

É possível também, observar a divisão dos OPMEs, por procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Tabela 18 - OPME Utilizada na CPRE para a Colocação de Prótese Biliar

OPME	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
ALÇA DE POLIPECTOMIA	UNIDADE	3
BALÃO DILATADOR	UNIDADE	3
PAPILOTOMO	UNIDADE	6

FIO GUIA	UNIDADE	6
PROTESE BILIAR METALICA	UNIDADE	6
BASKET	UNIDADE	2
BALÃO EXTRATOR	UNIDADE	1

Tabela 19 - OPME Utilizada na CPRE para Desobstrução e Retirada de Cálculo

OPME	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
PINÇA DE BIOPSIA	UNIDADE	1
ALÇA DE POLIPECTOMIA	UNIDADE	1
FIO GUIA	UNIDADE	2
BASKET	UNIDADE	2

Tabela 20 - OPME Utilizada para Realização de Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica

MATERIAL DESCARTÁVEL	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
PINÇA DE BIOPSIA	UNIDADE	14
KIT LIGADURA ELASTICA	UNIDADE	1

Tabela 21 - OPME Utilizada para Realização de Endoscopia Digestiva Alta Terapêutica

MATERIAL DESCARTÁVEL	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
PINÇA DE BIOPSIA	UNIDADE	12
BALÃO DILATADOR	UNIDADE	1
KIT LIGADURA ELASTICA	UNIDADE	1
DILATADOR SAWARY	UNIDADE	3
FIO GUIA	UNIDADE	2
PINÇA DENTE DE RATO	UNIDADE	1
ENDOLOOP	UNIDADE	1
SONDA NASO ENTERAL	UNIDADE	2
CATETER DE ARGONIO	UNIDADE	1

Tabela 22 - OPME Utilizada para Realização de Colonoscopia Diagnóstica

OPME	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
PINÇA DE BIOPSIA	UNIDADE	4

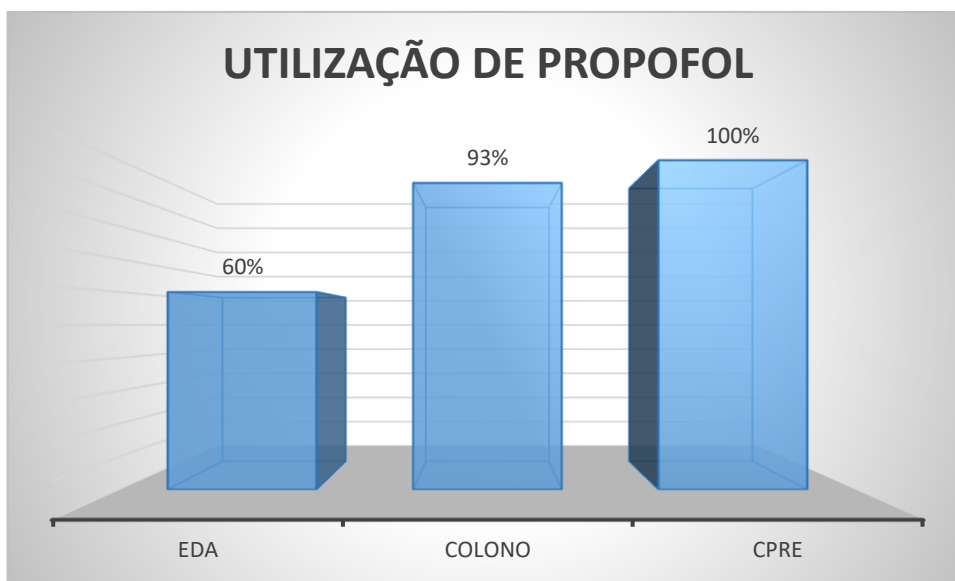
Tabela 23 - OPME Utilizada para Realização de Colonoscopia Terapêutica

OPME	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
PINÇA DE BIOPSIA	UNIDADE	16
ALÇA DE POLIPECTOMIA	UNIDADE	4
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE	UNIDADE	1

Durante o acompanhamento dos procedimentos, identificamos que o preparo da medicação para sedação é realizado previamente no início do dia de trabalho, onde são separados em seringas de 5 ml com a junção de ambos os sedativos (Fentanil e Midazolam), e mantidos em sala para a utilização conforme demanda.

Para a sedação, é feita uma sedação padrão, com utilização de Midazolam 2,5MG + Fentanil 0,5MG associado em alguns casos a Propofol, com variação em média de 61MG para EDA e 70MG para colonoscopia. Observamos no gráfico abaixo (Gráfico 12), a disposição em porcentagem da utilização do anestésico geral Propofol nos exames analisados. Ressaltando que na realização da CPRE o anestésico, é infundido, não somente para indução anestésica como também na manutenção através de bomba de infusão com utilização em média de 260MG. Os valores descritos são médias para os exames observados, a sedação deve ser individualizada considerando o peso, características individuais, tipo do exame e objetivo da sedação (sedação consciente, aprofundada ou anestesia geral).

Gráfico 12 – Quantidade de Propofol Utilizada por Tipo de Procedimento



Além da sedação é utilizada também a associação de Lidocaína Spray a 10% para anestesia tópica de orofaringe em todos os procedimentos.

Referente a sedação houveram variações entre a utilização dos materiais de consumo hospitalar descartáveis. Houve grande variação na utilização, para a sedação padrão, entre seringa de 5ml, 10ml e 20 ml. Referente ao uso de Propofol a seringa de 20ml foi utilizada na maioria dos procedimentos de colonoscopia com 27 unidades, totalizando 41% das seringas utilizadas no procedimento e 44% da utilização quando comparado a todos os procedimentos, porém em alguns casos foram utilizadas seringas de 10ml. Todas essas variações, conforme dito anteriormente, estão relacionadas a equipes diferentes, não possuem padronização no serviço, não seguem critérios específicos e uso é determinado por preferência da equipe médica e de enfermagem. Para a punção venosa foi utilizado o padrão de 1 seringa de 10ml. As demais são correspondentes a sedação e aplicação pontual de medicamentos (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos Endoscópicos

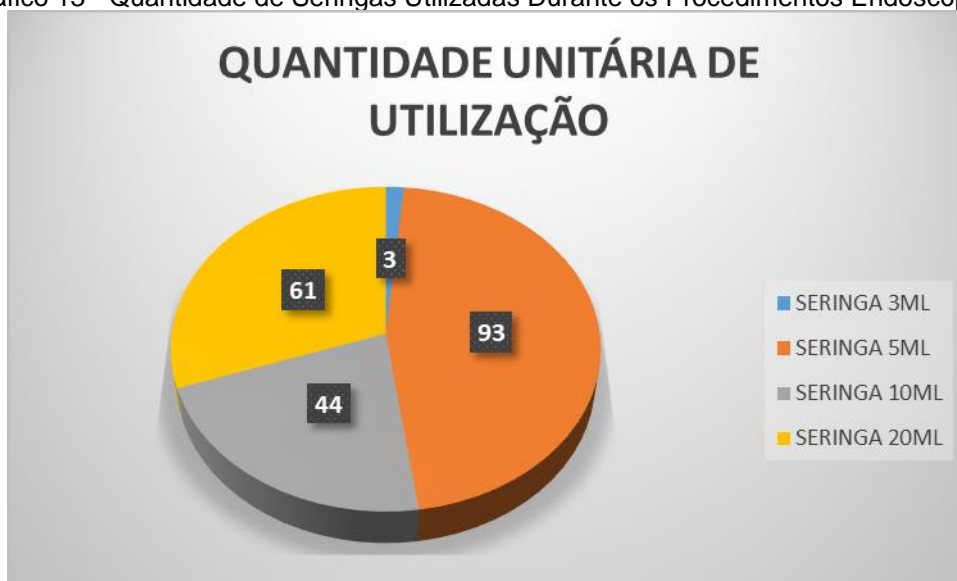


Gráfico 14 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos CPRE

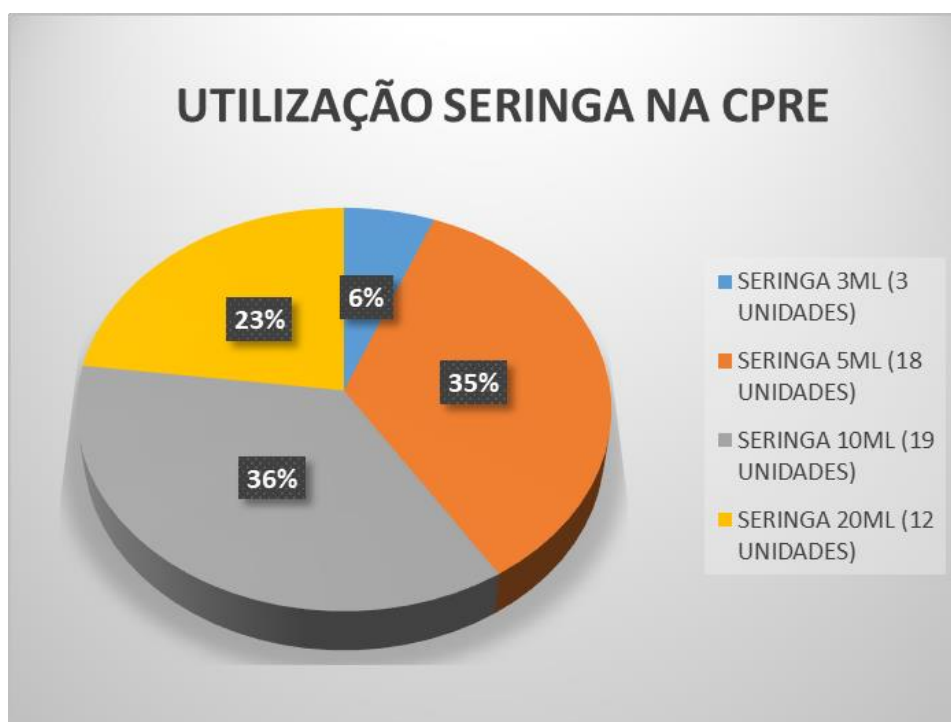


Gráfico 15 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos de Colonoscopia

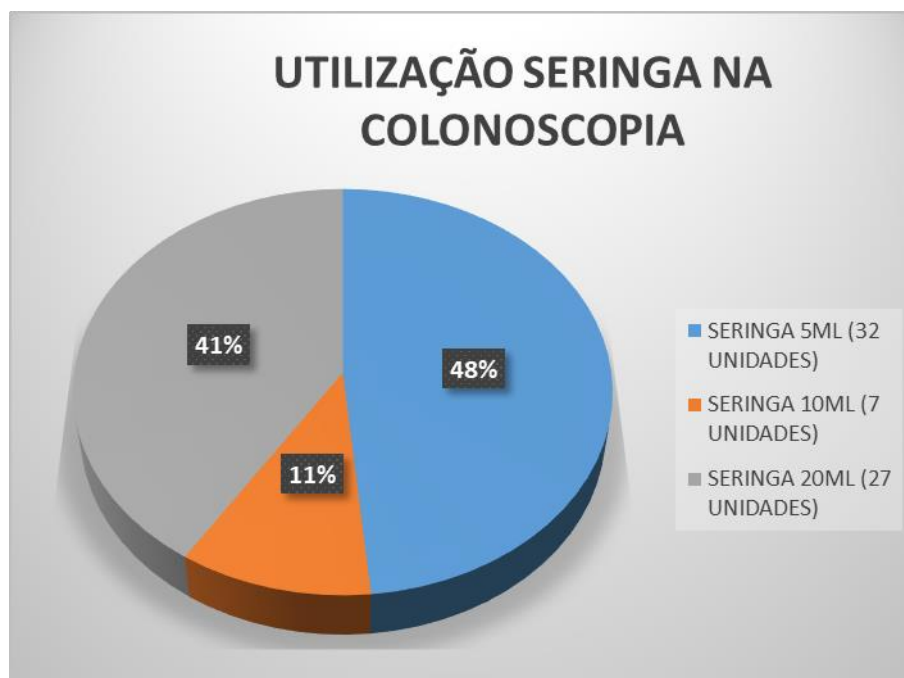
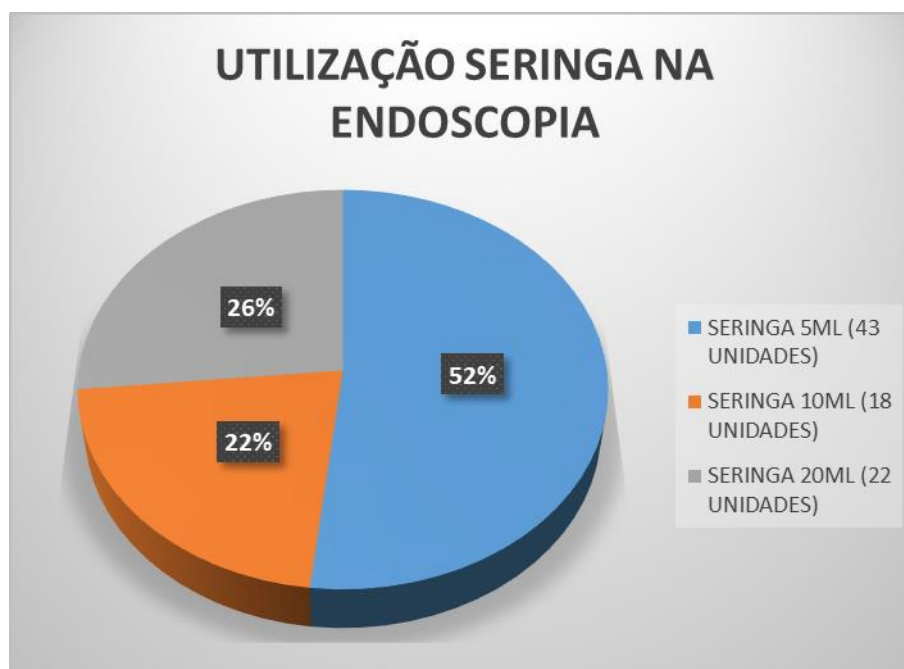


Gráfico 16 - Quantidade de Seringas Utilizadas Durante os Procedimentos de Endoscopia



Nos casos de materiais descartáveis aplicáveis a todos os procedimentos, identificamos material de punção de acesso periférico contemplando 01 seringa de 10ml, 01 cateter teflon, 01 IV FIX periférico e 01 ampola de Solução Fisiológica 0,9%

de 10ml. Porém cabe ressaltar que a realização da punção ocorre na sala de “pré-consultas” (sala de acolhimento), onde o paciente é recebido e preparado para o procedimento.

Foi realizado um total de 23 punções em sala de exames e 55 punções em pré-consulta, excluindo os pacientes internados que já possuíam acesso venoso. Em média o acesso em sala, ocupava cerca de 7 min do tempo de sala previsto e por esse motivo é dado preferência para que a punção venosa seja realizada na sala de pré-consulta.

4.1. Atualização do POP

Utilizando o modelo base da instituição foram propostos novos POPs considerando as médias de materiais descartáveis e OPMEs utilizados em cada variante dos exames endoscópicos observados, buscando uma aproximação da quantidade ideal para cada procedimento, com o objetivo de se evitar desperdício de material e tempo durante a operacionalização de tais procedimentos.

Para efeitos de confecção dos POPs foram incluídos os materiais necessários para punção do acesso venoso em sala de exame, apesar do protocolo do serviço orientar a punção na sala de pré-exames, com o objetivo de se reduzir o tempo dos procedimentos endoscópicos. Com isso incluímos na proposição todos os itens necessários para que o procedimento, por completo, seja realizado na sala de exames.

Abaixo, veremos a descrição dos materiais de consumo hospitalar que foram identificados para inclusão em todos os POPs analisado.

Tabela 24 – Itens a Serem Incluídos nos POPs Vigentes da Instituição

DESCRIÇÃO POP HCFMRP	ITENS A SEREM INCLUÍDOS
ANEXO 2 - PO DAS 9.6 004 Assistência de enfermagem na realização de endoscopia digestiva alta sob sedação consciente ou anestesia geral	<u>Insumos descartáveis:</u> 01 agulha 25x08 com dispositivo de segurança; 02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança; 01 bola de algodão com álcool; 01 cateter plástico para oxigênio nº8

	<p>esterilizado;</p> <p>01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm);</p> <p>01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX);</p> <p>01 kit de aspiração 500 ml descartável;</p> <p>Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação);</p> <p>Frasco Urease (teste de urease) com reagente próprio (o número de frascos dependerá de indicação);</p> <p>01 seringa de 5 ml;</p> <p>02 seringas de 10 ml;</p> <p>01 seringa de 20 ml;</p> <p>01 sonda de aspiração nº08;</p> <p>01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável;</p> <p>01 tubo extensor de 120 cm;</p> <p><u>Medicamentos e soluções</u></p> <p>01 ampola escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml;</p> <p>01 ampola 2 ml de Fentanil;</p> <p>01 ampola 3 ml de Midazolam;</p> <p>01 ampola de 10 ml de Propofol;</p> <p>01 ampola de soro fisiológico 10 ml;</p> <p>75 mg de Simeticona;</p> <p>01 ml de Lidocaína spray;</p> <p>01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g;</p> <p><u>Material permanente e reprocessado:</u></p>
--	---

	<p>01 cuba média; 01 bucal; 01 Borrifador.</p>
<p>PO DAS 9.6 016 Assistência de Enfermagem na Realização de Endoscopia Digestiva Baixa sob Sedação Consciente ou Anestesia Geral</p>	<p><u>Insumos descartáveis:</u></p> <p>01 agulha 25x08 com dispositivo de segurança; 02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança; 01 bola de algodão com álcool; 01 cateter plástico para oxigênio nº8 esterilizado; 01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm); 01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX); 01 unidade de equipo para infusão solução parenteral confeccionado em PVC transparente, com injetor lateral (simples); 01 kit de aspiração 500ml descartável; Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação); Frasco Ureáse (teste de ureáse) com reagente próprio (o número de frascos dependerá de indicação); 01 unidade de placa de eletrodo descartável, adulto, com sistema de retorno; 01 seringa de 5 ml; 02 seringas de 10 ml; 01 seringa de 20 ml; 01 sonda de aspiração nº08; 01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável; 01 tubo extensor de 120 cm;</p>

	<p><u>Medicamentos:</u></p> <p>01 ampola escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml);</p> <p>01 ampola 2 ml de Fentanil;</p> <p>01 ampola 3 ml de Midazolam;</p> <p>01 ampola de 100mg de Propofol;</p> <p>01 ampola de soro fisiológico 10 ml;</p> <p>02 frascos de soro fisiológico 250 ml;</p> <p>75 mg de Simeticona;</p> <p>01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g;</p> <p><u>Material permanente e reprocessável:</u></p> <p>01 cuba média.</p>
<p>PO DAS 9.6 019 Assistência de Enfermagem na realização de Colangiografia Endoscópica Retrógrada</p>	<p><u>Insumos descartáveis:</u></p> <p>02 agulha 25x08 com dispositivo de segurança;</p> <p>02 agulha 30x08 com dispositivo de segurança;</p> <p>02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança;</p> <p>01 bola de algodão com álcool;</p> <p>01 cateter plástico para oxigênio nº8 esterilizado;</p> <p>01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm);</p> <p>01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX);</p> <p>02 compressa gaze (pacote);</p> <p>01 unidade de equipo para infusão solução parenteral confeccionado em PVC transparente, com injetor lateral (simples);</p> <p>01 equipo para infusão de soluções</p>

	<p>parenterais e drogas (bomba);</p> <p>05 elétrodos descartáveis pré-gelificado para monitorização adulto;</p> <p>01 kit de aspiração 500ml descartável;</p> <p>Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação);</p> <p>01 unidade de placa de eletrodo descartável, adulto, com sistema de retorno;</p> <p>01 seringa de 5 ml;</p> <p>02 seringas de 10 ml;</p> <p>01 seringa de 20 ml;</p> <p>01 sonda de aspiração nº08;</p> <p>01 sonda para aspiração das vias aéreas central/lateral n 12 medindo de 40 a 60 cm comprimento;</p> <p>01 tubo extensor de 120 cm;</p> <p>01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável;</p> <p><u>Medicamentos:</u></p> <p>02 ampolas escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml;</p> <p>01 ampola 2 ml de Fentanil;</p> <p>01 ampola 3 ml de Midazolam;</p> <p>05 ampolas de 100mg de Propofol;</p> <p>01 ampola de soro fisiológico 10 ml;</p> <p>04 frascos de soro fisiológico 250 ml;;</p> <p>01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g;</p> <p>01 ml de Lidocaína spray;</p> <p>50 ml de meio de contraste iodado não-iônico de baixa osmolalidade.</p>
--	---

	<u>Material permanente e reprocessado:</u> 01 cuba M e P; 01 bocal; 01 borrifador;
--	---

Diferentemente do POP utilizado na instituição foi suprimido a opção para anestesia geral, visto que tal POP não contemplava a complexidade dos procedimentos sob anestesia geral, pois nesta situação se faz necessário, além do descrito, o carrinho de anestesia com medicamentos correspondentes à indução e manutenção da anestesia e mais os materiais necessários à intubação do paciente. Ainda deve-se considerar que os procedimentos endoscópicos sob anestesia ocorrem em proporção muito menor aos que demandam sedação consciente no CE do HCFMRP e, portanto, podem ser individualizados.

Através das alterações realizadas ao POPs atuais, considerando os procedimentos endoscópicos e os materiais analisados, podemos disponibilizar um documento para a padronização dos materiais de consumo necessários à realização de tais procedimentos, contribuindo para redução de desperdício e tempo total de exame.

4.2. Proposição dos Novos Procedimentos Operacionais Padrão

Considerando o exposto no capítulo anterior, na tabela 12, foi proposto o novo formato do documento conforme a identificação do consumo de materiais durante o acompanhamento dos procedimentos. Abaixo temos o novo modelo do POP, os materiais que contemplam os itens de 3.2 a 3.5 formam os itens propostos para o novo formato do documento.

Propomos ainda a separação entre os POPs com sedação consciente e aprofundada, da anestesia geral, uma vez que não foram analisadas as estruturas com procedimentos realizados com anestesia geral e nos documentos oficiais vigentes, também não constam preparo e orientação para a realização dos mesmos.

PO DAS 9.6 Assistência de enfermagem na realização de endoscopia digestiva alta sob sedação consciente	
1.	OBJETIVOS
1.1.	Promover segurança ao paciente durante o procedimento endoscópico;
1.2.	Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento endoscópico.
2.	CAMPO DE APLICAÇÃO
	DAS 9.6 – Centro de Endoscopia - Sala de Exames
3.	MATERIAIS E PROCEDIMENTOS
	Preparo da sala de exames para endoscopia conforme PO 388: 001.
3.1.	Material de Paramentação (EPI)
3.1.1.	Luvas de procedimento não estéril;
3.1.2.	Óculos panorâmicos de proteção;
3.1.3.	Máscara cirúrgica comum.
3.2.	Material Descartável
3.2.1.	01 agulha 25x08 com dispositivo de segurança;
3.2.2.	02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança;
3.2.3.	01 bola de algodão com álcool;
3.2.4.	01 cateter plástico para oxigênio nº 8 esterilizado;
3.2.5.	01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm);
3.2.6.	01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX);
3.2.7.	01 kit de aspiração 500 ml descartável;
3.2.8.	Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação);
3.2.9.	Frasco Uréase (teste de uréase) com reagente próprio (o número de frascos dependerá de indicação);
3.2.10.	01 seringa de 5 ml;
3.2.11.	02 seringas de 10 ml;
3.2.12.	01 seringa de 20 ml;
3.2.13.	01 sonda de aspiração nº 8;
3.2.14.	01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável;
3.2.15.	01 tubo extensor de 120 cm.
3.3.	Medicamentos e Soluções
3.3.1.	01 ampola escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml;
3.3.2.	01 ampola 2 ml de Fentanil;
3.3.3.	01 ampola 3 ml de Midazolam;
3.3.4.	01 ampola de 10 ml de Propofol;
3.3.5.	01 ampola de soro fisiológico 10 ml;
3.3.6.	75 mg de Simeticona;
3.3.7.	01 ml de Lidocaína spray;

3.3.8.	01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g.
3.4.	Órtese, Prótese e Material Especial
3.4.1.	Pinça de Biópsia
3.4.2.	Os OPMEs necessários para a realização do procedimento deverão ser armazenados no setor e serão selecionados a depender da indicação médica, caso haja a necessidade de migração para endoscopia terapêutica.
3.5.	Materiais Permanentes e/ou Reprocessáveis
3.5.1.	01 cuba média;
3.5.2.	01 bocal;
3.5.3.	01 borrifador.
3.6.	Procedimento
3.6.1.	Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional da CCIH 136: 044;
3.6.2.	Colocar toda paramentação necessária para proteção individual;
3.6.3.	Chamar paciente na sala de pré-exame, conferindo pulseira ou etiqueta de identificação;
3.6.4.	Observar as condições gerais do paciente;
3.6.5.	Proceder preparo do paciente com Simeticona e Lidocaína Spray conforme prescrição médica;
3.6.6.	Proceder monitorização (ECG, Pulso, Pressão arterial e saturação de oxigênio);
3.6.7.	Instalar cateter nasal e oferecer suporte de oxigênio;
3.6.8.	Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
3.6.9.	Colocar compressa de pano macio próxima à boca do paciente;
3.6.10.	Posicionar e fixar o bocal;
3.6.11.	Auxiliar médico endoscopista nos procedimentos terapêuticos e coleta de material para biópsia conforme Procedimento Operacional específico de cada procedimento;
3.6.12.	Promover aspiração das vias aéreas, se necessário;
3.6.13.	Manter observação rigorosa contínua dos sinais vitais e condições clínicas durante todo o procedimento endoscópico e anestésico;
3.6.14.	Promover atendimento de urgência se necessário;
3.6.15.	Registrar os sinais vitais a cada 15 minutos;
3.6.16.	Preencher os dados necessários no Formulário Eletrônico “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia – Sala de Exames”;
3.6.17.	Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”;
3.6.18.	Verificar o início do processo de limpeza do endoscópio realizado pelo endoscopista conforme PO 388: 010;
3.6.19.	Disponibilizar caixa para colocação de endoscópio, pinças, bocal, borrifador, dilatador, etc.;
3.6.20.	Avisar ao paciente o término do exame;
3.6.21.	Oferecer compressa para salivação;
3.6.22.	Verificar sonolência e condições gerais;

3.6.23.	Auxiliar no transporte do paciente para maca ou cadeiras de rodas;
3.6.24.	Encaminhar paciente para Sala de Recuperação Pós Exames;
3.6.25.	Informar o procedimento realizado ao profissional de enfermagem da Recuperação;
3.6.26.	Encaminhar materiais biológicos (Teste para Uréase e Biópsia) ao Expurgo, conforme PO 388: 006 e 388: 007;
3.6.27.	Retornar à sala de exames e arrumá-la para novo exame, conforme PO 388: 001.
4. OBSERVAÇÃO	
4.1.	Para procedimentos com anestesia geral
4.1.1.	Disponer os carros auxiliares de anestesia;
4.1.2.	Carro auxiliar de materiais para anestesia equipado e conferido conforme PO DAS 9.6 11: 001;
4.1.3.	Carro para anestesia equipado conforme PO DE 12: 023 e PO DE 12: 026;
4.2.	Auxiliar a equipe médica durante a intubação orotraqueal e na fixação da cânula.
4.3.	Auxiliar a equipe médica durante a extubação orotraqueal e reversão da anestesia.
4.4.	Não é realizado o preparo do paciente com Simeticona e Lidocaína Spray.
5. RESPONSABILIDADE	
5.1.	Equipe Técnica de Enfermagem.
6. REGISTRO E INDEXAÇÃO	
6.1.	Registro
6.1.1.	Registro da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente (P.E.P.).
6.2.	Indexação
6.2.1.	Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico e Eletrônico.

PO DAS 9.6 Assistência de Enfermagem na Realização de Endoscopia Digestiva Baixa sob Sedação Consciente	
1.	OBJETIVOS
1.1.	Promover segurança ao paciente durante o procedimento endoscópico;
1.2.	Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento endoscópico.
2.	CAMPO DE APLICAÇÃO
	DAS 9.6 – Centro de Endoscopia - Sala de Exames
3.	MATERIAIS E PROCEDIMENTOS
	Preparo da sala de exames para endoscopia conforme PO 388: 001
3.1.	Material de Paramentação (EPI)
3.1.1.	Luvas de procedimento não estéril;
3.1.2.	Óculos panorâmicos de proteção;
3.1.3.	Máscara cirúrgica comum.
3.2.	Material Descartável
3.2.1.	01 agulha 25x08 com dispositivo de segurança;
3.2.2.	02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança;
3.2.3.	01 bola de algodão com álcool;
3.2.4.	01 cateter plástico para oxigênio nº 8 esterilizado;
3.2.5.	01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm);
3.2.6.	01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX);
3.2.7.	01 unidade de equipo para infusão solução parenteral confeccionado em PVC transparente, com injetor lateral (simples);
3.2.8.	01 kit de aspiração 500 ml descartável;
3.2.9.	Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação);
3.2.10.	Frasco Uréase (teste de uréase) com reagente próprio (o número de frascos dependerá de indicação);
3.2.11.	01 unidade de placa de eletrodo descartável, adulto, com sistema de retorno;
3.2.12.	01 seringa de 5 ml;
3.2.13.	02 seringas de 10 ml;
3.2.14.	01 seringa de 20 ml;
3.2.15.	01 sonda de aspiração nº 8;
3.2.16.	01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável;
3.2.17.	01 tubo extensor de 120 cm.
3.3.	Medicamentos e Soluções
3.3.1.	01 ampola escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml;
3.3.2.	01 ampola 3 ml de Midazolam;
3.3.3.	01 ampola 2 ml de Fentanil;
3.3.4.	01 ampola de 10ml de Propofol;

3.3.5.	01 ampola de soro fisiológico 10 ml;
3.3.6.	02 frascos de soro fisiológico 250 ml;
3.3.7.	75 mg de Simeticona;
3.38.	01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g.
3.4.	Órtese, Prótese e Material Especial
3.4.1.	Pinça de Biópsia;
3.4.2.	Alça de Polipectomia;
3.4.3.	Os OPMEs necessários para a realização do procedimento deverão ser armazenados no setor e serão selecionados a depender da indicação médica, caso haja a necessidade de migração para colonoscopia terapêutica
3.5.	Materiais Permanentes e/ou Reprocessáveis
3.5.1.	01 cuba média;
3.6.	Procedimento
3.6.1.	Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional da CCIH 136: 044;
3.6.2.	Colocar toda paramentação necessária para proteção individual;
3.6.3.	Chamar paciente na sala de pré-exame, conferindo pulseira ou etiqueta de identificação;
3.6.4.	Observar as condições gerais do paciente;
3.6.5.	Proceder monitorização (ECG, Pulso, Pressão arterial e saturação de oxigênio);
3.6.6.	Solicitar ou auxiliar na retirada da roupa (calça do pijama) sem expor o paciente;
3.6.7.	Instalar cateter nasal e oferecer suporte de oxigênio;
3.6.8.	Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
3.6.9.	Auxiliar médico endoscopista na coleta de material biológico (biópsia ou polipectomia), conforme Procedimento Operacional específico de cada procedimento;
3.6.10.	Promover aspiração das vias aéreas, se necessário;
3.6.11.	Manter observação rigorosa contínua dos sinais vitais e condições clínicas durante todo o procedimento endoscópico e anestésico;
3.6.12.	Promover atendimento de urgência se necessário;
3.6.13.	Registrar os sinais vitais a cada 15 minutos;
3.6.14.	Preencher os dados necessários no Formulário Eletrônico “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia – Sala de Exames”;
3.6.15.	Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”;
3.6.16.	Verificar o início do processo de limpeza do endoscópio realizado pelo endoscopista conforme PO 388: 010;
3.6.17.	Disponibilizar caixa para colocação de endoscópio, pinças, bocal, borrifador, dilatador, etc.;
3.6.18.	Avisar ao paciente o término do exame;
3.6.19.	Verificar sonolência e condições gerais;

3.6.20.	Auxiliar no transporte do paciente para maca ou cadeiras de rodas;
3.6.21.	Encaminhar paciente para Sala de Recuperação Pós Exames;
3.6.22.	Informar o procedimento realizado ao profissional de enfermagem da Recuperação;
3.6.23.	Encaminhar materiais biológicos (Teste para Uréase e Biópsia) ao Expurgo, conforme PO 388: 006 e 388: 007;
3.6.24.	Retornar à sala de exames e arrumá-la para novo exame, conforme PO 388: 001.
4. OBSERVAÇÃO	
4.1.	Para procedimentos com anestesia geral;
4.1.1.	Disponer os carros auxiliares de anestesia;
4.1.2.	Carro auxiliar de materiais para anestesia equipado e conferido conforme PO DAS 9.6 11: 001;
4.1.3.	Carro para anestesia equipado conforme PO DE 12: 023 e PO DE 12: 026;
4.2.	Auxiliar a equipe médica durante a intubação orotraqueal e na fixação da cânula;
4.3.	Auxiliar a equipe médica durante a extubação orotraqueal e reversão da anestesia.
5. RESPONSABILIDADE	
5.1.	Equipe Técnica de Enfermagem.
6. REGISTRO E INDEXAÇÃO	
6.1.	Registro
6.1.1.	Registro da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente (P.E.P.).
6.2.	Indexação
6.2.1.	Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico e Eletrônico.

PO DAS 9.6 Assistência de Enfermagem na realização de Colangiografia Endoscópica Retrógrada para retirada de cálculo biliar com sedação consciente	
1. OBJETIVOS	
1.1.	Esclarecer qualquer dúvida sobre o procedimento que irá ser submetido;
1.2.	Promover segurança ao paciente durante o procedimento terapêutico endoscópico;
1.3.	Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento;
1.4.	Executar ações em sincronia com todas as equipes;

1.5.	Conhecer materiais indicados a fim de utilizá-los da melhor forma, minimizando custos e aumentando chances de sucesso para o procedimento;
1.6.	Identificar sinais de instabilidade hemodinâmica durante o procedimento terapêutico.
2.	CAMPO DE APLICAÇÃO
	DAS 9.6 – Centro de Endoscopia- Sala de Exames N° 1 (Chumbada)
3.	MATERIAIS E PROCEDIMENTOS
	Preparo da sala de exames para endoscopia conforme PO 388: 001;
3.1.	Material de Paramentação (EPI)
3.1.1.	Luvas de procedimento não estéril;
3.1.2.	Óculos panorâmicos de proteção e proteção radiológica;
3.1.3.	Máscara cirúrgica comum;
3.1.4.	Avental de chumbo;
3.1.5.	Protetor cervical de chumbo.
3.2.	Material Descartável
3.2.1.	02 agulhas 25x08 com dispositivo de segurança;
3.2.2.	02 agulhas 30x08 com dispositivo de segurança;
3.2.3.	02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança;
3.2.4.	01 bola de algodão com álcool;
3.2.5.	01 cateter plástico para oxigênio nº 8 esterilizado;
3.2.6.	01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm);
3.2.7.	01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX);
3.2.8.	02 compressas gaze (pacote);
3.2.9.	01 unidade de equipo para infusão solução parenteral confeccionado em PVC transparente, com injetor lateral (simples);
3.2.10.	01 equipo para infusão de soluções parenterais e drogas (bomba);
3.2.11.	05 elétrodos descartáveis pré-gelificado para monitorização adulto;
3.2.12.	01 kit de aspiração 500 ml descartável;
3.2.13.	Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação);
3.2.14.	01 unidade de placa de eletrodo descartável, adulto, com sistema de retorno;
3.2.15.	01 seringa de 5 ml;
3.2.16.	02 seringas de 10 ml;
3.2.17.	01 seringa de 20 ml;
3.2.18.	01 sonda de aspiração nº 8;
3.2.19.	01 sonda para aspiração das vias aéreas central/lateral n 12 medindo de 40 a 60 cm comprimento;
3.2.20.	01 tubo extensor de 120 cm;
3.2.21.	01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável.
3.3.	Medicamentos e Soluções

3.3.1.	10 ampolas escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml;
3.3.2.	01 ampola 2 ml de Fentanil;
3.3.3.	01 ampola 3 ml de Midazolam;
3.3.4.	05 ampolas de 10ml de Propofol;
3.3.5.	01 ampola de soro fisiológico 10 ml;
3.3.6.	02 frascos de soro fisiológico 250 ml;
3.3.7.	01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g;
3.3.8.	01 ml de Lidocaína spray;
3.3.9.	50 ml de meio de contraste iodado não-iônico de baixa osmolalidade.
3.4.	Órtese, Prótese e Material Especial
3.4.1.	Cateter de CPRE;
3.4.2.	Fio guia;
3.4.3.	Papilotomo;
3.4.4.	Cateter Basket;
3.4.1.	Os demais OPMEs, caso necessários para a realização do procedimento, serão selecionados a depender da indicação médica.
3.5.	Materiais Permanentes e/ou Reprocessáveis
3.5.1.	01 cuba média;
3.5.2.	01 cuba pequena;
3.5.3.	01 bocal;
3.5.4.	01 borrifador.
3.6.	Procedimento
3.6.1.	Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional da CCIH 136: 044;
3.6.2.	Colocar toda paramentação necessária para proteção individual;
3.6.3.	Chamar paciente na sala de pré-exame, conferindo pulseira ou etiqueta de identificação;
3.6.4.	Observar as condições gerais do paciente;
3.6.5.	Proceder monitorização (ECG, Pulso, Pressão arterial e saturação de oxigênio);
3.6.6.	Instalar cateter nasal e oferecer suporte de oxigênio;
3.6.7.	Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
3.6.8.	Posicionar eletrocautério e placa de bisturi conforme PO 152:016;
3.6.9.	Dispor os materiais em mesa auxiliar de maneira organizada e funcional;
3.6.10.	Diluir contraste ao meio com SF 0,9% e dispor na mesa auxiliar em uma cuba estéril à esquerda;
3.6.11.	Dispor cuba estéril com SF 0,9% na mesa auxiliar à direita;
3.6.12.	Oferecer materiais solicitados pela equipe médica após retirada de ar com SF 0,9%;
3.6.13.	Auxiliar equipe médica durante retirada do fio guia e cateteres sempre que solicitado;
3.6.14.	Auxiliar médico endoscopista na coleta de material biológico (biópsia ou polipectomia), conforme Procedimento Operacional específico de cada procedimento;

3.6.15.	Promover aspiração das vias aéreas, se necessário;
3.6.16.	Manter observação rigorosa contínua dos sinais vitais e condições clínicas durante todo o procedimento endoscópico e anestésico;
3.6.17.	Promover atendimento de urgência se necessário;
3.6.18.	Registrar os sinais vitais a cada 15 minutos;
3.6.19.	Preencher os dados necessários no Formulário Eletrônico “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia – Sala de Exames”;
3.6.20.	Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”.
3.6.21.	Verificar o início do processo de limpeza do endoscópio realizado pelo endoscopista conforme PO 388: 010;
3.6.22.	Dispor caixa para colocação de endoscópio, pinças, bocal, borrifador, dilatador, etc.;
3.6.23.	Avisar ao paciente o término do exame;
3.6.24.	Oferecer compressa para salivação;
3.6.25.	Verificar sonolência e condições gerais;
3.6.26.	Auxiliar no transporte do paciente para maca ou cadeiras de rodas;
3.6.27.	Encaminhar paciente para Sala de Recuperação Pós Exames;
3.6.28.	Informar o procedimento realizado ao profissional de enfermagem da Recuperação;
3.6.29.	Encaminhar materiais biológicos (Teste para Uréase e Biópsia) ao Expurgo, conforme PO 388: 006 e 388: 007;
3.6.30.	Retornar à sala de exames e arrumá-la para novo exame, conforme PO 388: 001.
4. OBSERVAÇÃO	
4.1.	Manter observação rigorosa quanto aos sinais vitais, dor abdominal, vômitos, sangramento, distensão abdominal e febre.
4.2.	Se utilizar prótese metálica, anotar em caderno de controle e solicitar ao médico a prescrição da prótese.
5. RESPONSABILIDADE	
5.1.	Equipe Técnica de Enfermagem.
6. REGISTRO E INDEXAÇÃO	
6.1.	Registro
6.1.1.	Registro da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente (P.E.P.).
6.2.	Indexação
6.2.1.	Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico e Eletrônico.

PO DAS 9.6 Assistência de Enfermagem na realização de Colangiografia Endoscópica Retrógrada para desobstrução de via e passagem de prótese com sedação consciente	
1.	OBJETIVOS
1.1.	Esclarecer qualquer dúvida sobre o procedimento que irá ser submetido;
1.2.	Promover segurança ao paciente durante o procedimento terapêutico endoscópico;
1.3.	Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento;
1.4.	Executar ações em sincronia com todas as equipes;
1.5.	Conhecer materiais indicados a fim de utilizá-los da melhor forma, minimizando custos e aumentando chances de sucesso para o procedimento;
1.6.	Identificar sinais de instabilidade hemodinâmica durante o procedimento terapêutico.
2.	CAMPO DE APLICAÇÃO
	DAS 9.6 – Centro de Endoscopia- Sala de Exames N° 1 (Chumbada)
3.	MATERIAIS E PROCEDIMENTOS
	Preparo da sala de exames para endoscopia conforme PO 388: 001;
3.1.	Material de Paramentação (EPI)
3.1.1.	Luvas de procedimento não estéril;
3.1.2.	Óculos panorâmicos de proteção;
3.1.3.	Máscara cirúrgica comum;
3.1.4.	Avental de chumbo;
3.1.5.	Protetor cervical de chumbo.
3.2.	Material Descartável
3.2.1.	02 agulhas 25x08 com dispositivo de segurança;
3.2.2.	02 agulhas 30x08 com dispositivo de segurança;
3.2.3.	02 agulhas 40x12 com dispositivo de segurança;
3.2.4.	01 bola de algodão com álcool;
3.2.5.	01 cateter plástico para oxigênio nº 8 esterilizado;
3.2.6.	01 cateter intravenoso radiopaco periférico, com dispositivo de segurança G24 x 3/4"(0.7x19mm);
3.2.7.	01 cobertura para inserção e fixação de cateter 5x7cm fenestrado (IV FIX);
3.2.8.	02 compressas gaze (pacote);
3.2.9.	01 unidade de equipo para infusão solução parenteral confeccionado em PVC transparente, com injetor lateral (simples);
3.2.10.	01 equipo para infusão de soluções parenterais e drogas (bomba);
3.2.11.	05 eletrodos descartáveis pré-gelificado para monitorização adulto;

3.2.12.	01 kit de aspiração 500ml descartável;
3.2.13.	Frasco coletor universal (o número de frascos dependerá de indicação);
3.2.14.	01 unidade de placa de eletrodo descartável, adulto, com sistema de retorno;
3.2.15.	01 seringa de 5ml;
3.2.16.	02 seringas de 10ml;
3.2.17.	01 seringa de 20ml;
3.2.18.	01 sonda de aspiração nº 8;
3.2.19.	01 sonda para aspiração das vias aéreas central/lateral n 12 medindo de 40 a 60cm comprimento;
3.2.20.	01 tubo extensor de 120cm;
3.2.21.	01 torneira plástica cirúrgica 3 vias descartável.
3.3.	Medicamentos e Soluções
3.3.1.	10 ampolas escopolamina, butilbrometo injetável ampola 20mg/ml;
3.3.2.	01 ampola 2 ml de Fentanil;
3.3.3.	01 ampola 3 ml de Midazolam;
3.3.4.	05 ampolas de 100mg de Propofol;
3.3.5.	01 ampola de soro fisiológico 10 ml;
3.3.6.	02 frascos de soro fisiológico 250 ml;
3.3.7.	01 tubo de lidocaína 2% geleia estéril, seringa 10g;
3.3.8.	01 ml de Lidocaína spray;
3.3.9.	50 ml de meio de contraste iodado não-iônico de baixa osmolalidade.
3.4.	Órtese, Prótese e Material Especial
3.4.1.	Cateter de CPRE;
3.4.2.	Fio guia;
3.4.3.	Papilotomo;
3.4.5.	Balão dilatador diâmetro previamente determinado;
3.4.6.	Protese biliar plástica ou metálica, previamente determinado;
3.4.1.	Os demais OPMEs, caso necessários para a realização do procedimento, serão selecionados a depender da indicação médica.
3.5.	Materiais Permanentes e/ou Reprocessáveis
3.5.1.	01 cuba média;
3.5.2.	01 cuba pequena;
3.5.3.	01 bocal;
3.5.4.	01 borrifador.
3.6.	Procedimento
3.6.1.	Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional da CCIH 136: 044;
3.6.2.	Colocar toda paramentação necessária para proteção individual;
3.6.3.	Chamar paciente na sala de pré-exame, conferindo pulseira ou etiqueta de identificação;
3.6.4.	Observar as condições gerais do paciente;

3.6.5.	Proceder monitorização (ECG, Pulso, Pressão arterial e saturação de oxigênio);
3.6.6.	Instalar cateter nasal e oferecer suporte de oxigênio;
3.6.7.	Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
3.6.8.	Posicionar eletrocautério e placa de bisturi conforme PO 152:016;
3.6.9.	Dispor os materiais em mesa auxiliar de maneira organizada e funcional;
3.6.10.	Diluir contraste ao meio com SF0,9% e dispor na mesa auxiliar em uma cuba estéril à esquerda;
3.6.11.	Dispor cuba estéril com SF0,9% na mesa auxiliar à direita;
3.6.12.	Oferecer materiais solicitados pela equipe médica após retirada de ar com SF 0,9%;
3.6.13.	Auxiliar equipe médica durante retirada do fio guia e cateteres sempre que solicitado;
3.6.14.	Auxiliar médico endoscopista na coleta de material biológico (biópsia ou polipectomia), conforme Procedimento Operacional específico de cada procedimento;
3.6.15.	Promover aspiração das vias aéreas, se necessário;
3.6.16.	Manter observação rigorosa contínua dos sinais vitais e condições clínicas durante todo o procedimento endoscópico e anestésico;
3.6.17.	Promover atendimento de urgência se necessário;
3.6.18.	Registrar os sinais vitais a cada 15 minutos;
3.6.19.	Preencher os dados necessários no Formulário Eletrônico “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia – Sala de Exames”;
3.6.20.	Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”.
3.6.21.	Verificar o início do processo de limpeza do endoscópio realizado pelo endoscopista conforme PO 388: 010;
3.6.22.	Dispor caixa para colocação de endoscópio, pinças, bocal, borrifador, dilatador, etc.;
3.6.23.	Avisar ao paciente o término do exame;
3.6.24.	Oferecer compressa para salivação;
3.6.25.	Verificar sonolência e condições gerais;
3.6.26.	Auxiliar no transporte do paciente para maca ou cadeiras de rodas;
3.6.27.	Encaminhar paciente para Sala de Recuperação Pós Exames;
3.6.28.	Informar o procedimento realizado ao profissional de enfermagem da Recuperação;
3.6.29.	Encaminhar materiais biológicos (Teste para Uréase e Biópsia) ao Expurgo, conforme PO 388: 006 e 388: 007;
3.6.30.	Retornar à sala de exames e arrumá-la para novo exame, conforme PO 388: 001.
4.	OBSERVAÇÃO

4.1.	Manter observação rigorosa quanto aos sinais vitais, dor abdominal, vômitos, sangramento, distensão abdominal e febre.
4.2.	Se utilizar prótese metálica, anotar em caderno de controle e solicitar ao médico a prescrição da prótese.
5.	RESPONSABILIDADE
5.1.	Equipe Técnica de Enfermagem.
6.	REGISTRO E INDEXAÇÃO
6.1.	Registro
6.1.1.	Registro da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente (P.E.P.).
6.2.	Indexação
6.2.1.	Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico e Eletrônico.

4.3. Proposição dos Kits

Baseado na proposição e adequação dos POPs e na prática assistencial foi sugerido a utilização de Kits por procedimento a partir do consumo dos OPMEs para cada procedimento analisado. Tais “kits” contemplariam os OPMEs e os materiais gerais de consumo necessários para a realização dos exames. A análise do impacto da implementação dos kits no tempo, rendimento e utilização de insumos e materiais será fruto de um projeto secundário, seguindo a utilização padronizada previamente em todos os POPs propostos neste estudo.

A intervenção, com aplicação da gestão dos materiais descritos nos procedimentos através da utilização de “kits” personalizados a cada procedimento, consiste no fornecimento, prévio ao exame, da quantidade média dos materiais necessários para a realização com segurança de cada tipo de procedimento endoscópico.

Os kits contemplarão os insumos descartáveis descritos no POP e os OPMEs, separados individualmente a depender da solicitação prévia do médico. Esses kits deverão ser identificados e etiquetados para rastreio de lote e controle de utilização pela instituição.

A programação dos kits deverá ser feita baseada nos exames previamente agendados, as particularidades de cada exame e de cada paciente, considerando o histórico dos exames e as estatísticas dos procedimentos eletivos e de urgência.

Após a aplicação da intervenção, será possível analisar o consumo real dos procedimentos, dados identificados serão comparados aos registros de compras do setor de endoscopia disponibilizado através de relatórios pela administração do setor para a checagem do gasto com a utilização dos materiais, além da análise financeira do consumo institucional.

Essa intervenção poderá apresentar resultados relacionados à gestão de materiais, tempo de procedimentos, qualidade de assistência e resultados financeiros.

5. Discussão

Considerando os resultados encontrados destacamos alguns pontos relacionados à padronização da realização dos exames, ao tipo de sedação, material e tempo aplicado a cada procedimento.

O tempo médio observado para a realização de EDA, EDB e CPRE foi respectivamente 15, 20 e 71 minutos e o tempo entre salas 21, 38 e 53 minutos respectivamente. As principais sociedades de endoscopia divergem quanto ao tempo médio recomendável para a realização de procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos. Para a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) (2023), a duração média de uma endoscopia diagnóstica é de até 20 minutos, podendo necessitar de mais tempo, caso seja necessário algum procedimento terapêutico ou caso ocorra alguma intercorrência.

Para a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) (2016) uma EDA com objetivo diagnóstico não deve ultrapassar 7 minutos e uma colonoscopia deve durar cerca de 6 a 10 minutos para a retirada do endoscópio após o alcance do ceco, exceto quando for necessário medidas terapêuticas.

Já segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2023), a endoscopia digestiva alta pode ter um tempo de duração entre 5 a 20 minutos, dependendo da indicação e da necessidade de efetuar procedimentos terapêuticos, com média de 7 minutos de duração.

A Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) (2023) recomenda que a duração média de uma CPRE não ultrapasse 45 minutos, salvo em exceções e ou intercorrências.

Os tempos de exames e entre salas observados nos procedimentos endoscópicos realizados no CE do HCFMRP são maiores que os recomendados na literatura (ESGE e SBG), chegando a 35 minutos em média na EDA, 46 minutos na EDB e 124 minutos na CPRE, o que impacta negativamente na gestão da agenda e na fila de espera desses procedimentos. Considerando a média de 2 horas para realização de uma CPRE o serviço fica restrito ao agendamento de apenas 2 pacientes por período, manhã ou tarde, muito aquém do recomendado pelas sociedades de endoscopia. O HCFMRP-USP é um hospital de elevada complexidade

e de ensino, o Serviço de Endoscopia oferece treinamento profissional para diversos programas de residência médica e possui médicos em programa de complementação especializada em endoscopia digestiva, tal cenário de formação médica especializada pode colaborar com a maior delonga observada nos exames.

Foram realizados 12% e 52% de exames terapêuticos nas EDAs e EDBs respectivamente, o que pode explicar ao menos para os exames de colonoscopia o maior tempo para sua realização. Quanto a CPRE, 67% dos exames observados são considerados de elevada complexidade, dilatação e passagem de prótese em tumores, em comparação ao tratamento endoscópico da coledocolitíase, o que naturalmente demanda maior tempo de procedimento e treinamento da equipe médica e de enfermagem. Dois outros fatores observados podem estar relacionados ao maior tempo de exames, o tempo de transporte dos pacientes das enfermarias para o centro endoscopia, que é realizado por um serviço próprio do hospital para o transporte de pacientes e que comumente ultrapassa duas horas entre a solicitação de transporte e a entrada do paciente na admissão do CE e a falta de programação de materiais específicos para os diversos tipos de exames e procedimentos, o que resultou por diversas vezes na interrupção do exame e abandono da sala pelo auxiliar de exame em prol dos materiais faltantes para a conclusão adequada do procedimento. Itens esses, primordiais ao procedimento, desde placas de bisturi e OPMEs de tamanho indicado, até solução fisiológica 0,9%, o que impacta diretamente na realização do procedimento, uma vez que o mesmo é interrompido pela falta de auxílio do profissional que nessa situação abandona a sala durante o procedimento. Isso foi mais frequentemente observado nos exames de CPRE que em razão de sua natureza mais complexa demandam maior quantidade e modelos mais específicos de materiais. Com a formulação dos kits de materiais específicos para cada procedimento, acredita-se que essa situação possa ser mitigada, pois deverão conter no kit os materiais básicos para a realização do procedimento com segurança e qualidade.

A British Society of Gastroenterology (BSG) (2022) e European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) (2012), recomendam que o intervalo de tempo reservado para um a EDA seja de 20 minutos e 30 minutos respectivamente, praticamente a metade do tempo de tais exames observados no CE do HCFMRP-USP o que tem relação direta no aprazamento da agenda do setor e gestão da fila de pacientes.

Com a reformulação dos POPs, também será possível a padronização quanto a utilização de materiais de consumo hospitalar, durante a pesquisa nos deparamos com a utilização de itens pouco adequados para função à qual se destinam, como por exemplo o uso de seringas de 20ml para a infusão do volume 3 ml de sedação padrão. Observamos também a utilização de agulhas de aspiração N40X12 e a troca para agulha de aplicação N30X08, sendo que a aplicação seria feita diretamente no equipo e não na pele do paciente.

Durante a observação dos exames foram frequentes as reclamações de vários profissionais em relação a qualidade dos OPMEs reprocessados, segundo os quais a função desse material já se apresentava comprometida, o que demandou a troca do material para a conclusão do exame muitas vezes obrigando o auxiliar de exame a sair da sala de procedimento para obter o material, o que prolongou o exame, o consumo de drogas anestésicas e aumentou o risco de complicações intra e pós exame devido a exposição a agentes químicos e biológicos. Destacamos que o item com maior reclamação de suas condições foi a pinça de biópsia, que por sinal é o OPME de maior volume de utilização. O que favorece a ideia de padronização dos materiais, aonde todos levariam consigo identificação de lotes, prazos e avaliação de qualidade quanto a funcionalidade do mesmo.

O preparo da medicação para a sedação é realizado no início do dia de trabalho, ambas as medicações (fentanil e midazolan) são aspiradas em uma mesma seringa de 5 ml contendo 2,5 mg de midazolan e 0,5 mg de fentanil. Após o preparo as medicações ficam disponíveis em bancada para a utilização conforme demanda, sem a identificação e controle do consumo. Devemos ressaltar algumas divergências nesse modelo de preparo, além da junção em única seringa de ambos os sedativos, que pode alterar a composição, com cristalização das medicações e falsa certificação da quantidade de sedativo infundido, temos também a possibilidade de utilização indevida por algum membro da equipe na hora do exame devido a falta de identificação correta; possibilidade de contaminação do medicamento e extravio para mal uso, além do desperdício de medicamento devido a sua não utilização e a quantidade disponibilizada.

Frente as possíveis divergências citadas, foi sugerida nos POPs, a individualização dos frascos de medicamentos para cada paciente e sua demanda programada de utilização, por exemplo, as ampolas padronizadas no serviço de

endoscopia são de 3 ml de midazolan 5mg/ml, sem o fracionamento e a utilização em mais de um paciente haveria um desperdício de 12,5 mg, dessa maneira seria mais racional a utilização da ampola de 5 ml de midazolan de 1mg/ml, aonde o fracionamento seria reduzido em 40%, para apenas duas dosagens, o que foi proposto no POP, além da utilização de frascos únicos de medicamentos para cada exame, como por exemplo o frasco de simeticona a 75mg, com frasco unitário aplicado a cada paciente.

Nos exames endoscópicos acompanhados, observamos que é feita uma associação entre anestésicos (tópicos e gerais) e sedativos (opioides, benzodiazepínicos). A sedação combinada, ou sedação padrão como é descrita pelos profissionais da instituição, é baseada na associação entre fentanil (opioide) e midazolan (benzodiazepínico), a qual se aplica em 99% dos exames acompanhados.

Comparado a literatura e a prática clínica, sabe-se que a sedação combinada é amplamente utilizada na rotina de endoscopias e colonoscopia.

Conforme descrito pela SOBED (2017), através de trabalhos randomizados, a realização do exame de endoscopia alta e colonoscopia sob sedação, com o esquema de sedação com opióides e benzodiazepínicos, excetuando-se o propofol, mostra-se eficaz e segura em mesma equivalência do esquema de sedação consciente com uso de benzodiazepínicos isolados.

No Brasil, segundo recomendação do Conselho Federal de Medicina (CFM), considera-se que a maioria dos exames endoscópicos rotineiros, pode ser realizada sob sedação moderada (consciente), com controle da dor e amnésia aceitáveis, quando comparado à sedação combinada, que demonstrou maior risco de eventos adversos como depressão respiratória, obstrução de vias aéreas e eventos cardiológicos (SOBED, 2017).

Segundo a Resolução CFM 1.670/2003, Anexo I, a sedação moderada ou sedação consciente, é um estado de depressão mínima da consciência, no qual é mantida a habilidade do paciente responder ao estímulo verbal ou estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a ventilação espontânea suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada. No caso de sedação profunda há uma depressão da consciência induzida por medicamentos, onde o paciente dificilmente responde a comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. Sua

ventilação espontânea pode ser comprometida e insuficiente. Geralmente, existe a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável, com apoio de oxigenação e um médico exclusivamente dedicado para a manutenção da ventilação.

A utilização da sedação com a combinação de drogas (opióides e hipnóticos) é protocolo do serviço e ocorreu em 100% dos exames observados. Essa prática ocorre devido a características especiais da instituição, por se tratar de um hospital universitário de grande porte, no qual o tempo de exame acaba sendo maior, associado a maior complexidade dos pacientes, e alta taxa de realização de exames terapêuticos, que promovem necessariamente maiores estímulos e dor ao paciente, optou-se com segurança pela utilização do opioide em baixa dose (fenataniol) para maior conforto do paciente e comodidade para o exame.

Em todos os procedimentos acompanhados houve a aplicação de lidocaína spray a 10%. A lidocaína é indicada como anestésico tópico na prevenção da dor e reflexos. Comum entre os endoscopistas é indicada aos casos de anestesia da orofaringe para prevenir náuseas e vômitos durante os exames.

Para a SOBED (2017), as evidências científicas, indicam que anestesia tópica na faringe com spray de lidocaína a 10% melhora a tolerância em pacientes jovens submetidos à endoscopia digestiva alta sem sedação. O mesmo resultado, não é encontrado quando aplicado a pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta sob sedação (opióide e benzodiazepínico), a esses pacientes a lidocaína spray parece reduzir o reflexo do vômito, mas, não facilita a realização ou melhora a satisfação global com o exame. Ainda nos casos de pacientes sedados com propofol, a adição de lidocaína spray não melhora a satisfação com exame, não sendo necessária sua utilização.

Salientamos também que em todos os exames acompanhados, houve associação com o propofol, um agente anestésico intravenoso utilizado para a indução e manutenção de anestesia geral. O propofol não é rotineiramente utilizado para exames endoscópicos diagnósticos no serviço de endoscopia do HCFMRP, excetuando-se os exames com proposta terapêutica e os pacientes de difícil sedação. Em contrapartida o propofol faz parte de protocolo de sedação da CPRE. O uso de propofol na EDA diagnóstica no período de observação pode ser decorrente de preferência da equipe médica responsável pelos exames.

Conforme recomendações da SOBED (2017), a utilização de propofol em procedimentos endoscópicos simples e complexos, com nível de sedação moderada e profunda, tem se mostrado eficaz, seguro e com alto índice de satisfação dos pacientes desde que sua administração pode ser realizada com segurança, também por médicos não anesthesiologistas com treinamento em suporte avançado de via aérea em pacientes adequadamente monitorizados.

A utilização de lidocaína tópica em orofaringe é padrão nos exames de EDA e CPRE realizados no CE do HCFMRP, apesar de sua associação com o propofol não ter demonstrado na literatura evidências em melhorar as condições de exame e tolerabilidade dos pacientes durante procedimentos convencionais. Dessa maneira foi recomendada a exclusão nos POPs da lidocaína tópica 10% quando em associação com propofol.

Os exames endoscópicos necessitam de uma determinada carga de anestésicos e sedativos que irá variar na dependência do propósito e tempo de procedimento. Os consensos da Associação Americana de Gastroenterologia (AGA) (2007) e da Sociedade Britânica (2022), Espanhola (2006) e Alemã (2008) de Gastroenterologia e Endoscopia e, inclusive, da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) indicam que os pacientes com doença cardiovascular significativa, arritmia cardíaca e idosos que serão submetidos a procedimentos endoscópicos prolongados devem ter monitorização eletrocardiográfica durante a sedação endoscópica. No caso do Brasil conforme a portaria 1.802, publicada em 2006 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), orienta que o serviço de saúde deve prover condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, procedimentos sob assistência anestésica, no artigo 3, inciso I, com monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial, batimentos cardíacos e, determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia (CFM, 2006).

Observamos na prática, que a monitorização da atividade elétrica cardíaca com cardioscópio, não é realizada em todos os procedimentos. Todavia nos pacientes de elevado risco cirúrgico ou que serão submetidos a procedimentos mais complexos e portando mais prolongados recebem monitorização contínua do ritmo cardíaco, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação ou assistência anestésica completa. Além disso, conforme identificado, todas as salas de exames, estão equipadas com

monitores multiparamétricos. Considerando o exposto, os materiais para essa monitorização foram incluídos nos POPs nas situações citadas acima.

Diante do exposto, podemos compreender o quão importante se faz a padronização dos procedimentos e o abastecimento correto com todos os materiais e equipamentos que são necessários para os procedimentos diários realizados dentro do centro de endoscopia.

Porém com base nos resultados, podemos observar que os documentos vigentes (POPs) da instituição, são, contudo, obsoletos e incompletos. Como vemos na literatura, o instrumento, deve conter detalhadamente todas as etapas do processo, incluindo estrutura, materiais e instrumentos, equipe responsável e observações relevantes e de alerta para quem irá realizar o procedimento.

Os POPs da instituição (Anexo 01,02,03 e 04), são instrumentos os quais faltam informações básicas, quando observamos os materiais e medicamentos a serem utilizados em um exame de rotina, sem intervenções.

Para uma melhor padronização dos procedimentos, tendo em vista os aspectos observados, no novo formato do POP foram incluídos os dados necessários (quantidade de materiais e medicamentos de consumo hospitalar e OPME) formulados a partir de condutas observadas na prática clínica (durante os exames de EDA e Colonoscopia Diagnósticas e Terapêuticas e CPRE) com descrição de cada material de consumo hospitalar (por exemplo, seringas 10ml e 20 ml e agulhas 30x08 e 40x12) e inclusive os principais OPMEs gerais e específicos para cada procedimento (pinça de biopsia, alça de polipectomia, papilotomo), descrição essa que diverge, hoje, do modelo atual do documento. Para que assim, a instituição, tenha um documento oficial completo, o qual siga o real objetivo da sua implementação, traçando um roteiro padronizado, diminuindo os desvios de execução e conseqüentemente, aumentando a qualidade da assistência à saúde do paciente.

6. CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados, durante a auditoria realizada, foi identificado que se faz necessário a proposição de um novo documento, com base na utilização destacada dos materiais de consumo e OPMEs.

Com a atualização do POP institucional, inclusão de itens necessários e específicos contemplando as complexidades diversas dos procedimentos endoscópicos e a separação da proposição por procedimentos com sedação consciente e anestesia, foi elaborado um documento específico contemplando a exigência técnica dos exames e a ampliação da qualidade dos serviços prestados.

Durante o período de observação, também foi possível a identificação de questões gerenciais que podem estar relacionadas aos POPs institucionais atualmente utilizados e afetam diretamente a assistência ao paciente, como abandono da sala de procedimento pelo circulante para a busca de materiais, falta de itens essenciais ao procedimento, qualidade dos materiais reprocessados, reprocessamento de materiais de uso único e armazenamento inadequado em sala de procedimento, que vão de encontro a necessidade de uma mudança no modelo atual de gestão de materiais.

A proposta de intervenção em segundo tempo, com a aplicação de kits de materiais por procedimentos baseados agora nos POPs atualizados poderá trazer soluções na gestão dos materiais como melhor controle da entrada e saída dos itens, procedimentos com materiais previamente programados e individualizados pelo tipo de exame e particularidades do paciente, menor tempo de sala, padronização e economia de gastos de materiais, armazenamento adequado dos diversos tipos de materiais e equipamentos necessários aos exames além da simplificação das estruturas físicas das próprias salas de procedimentos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 185. Aprova o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2001/185_01_rdc.htm>. Acesso em: 31 jul. 2017.

ALMEIDA, M. I., *et al.* Instrumentos Gerenciais Utilizados na Tomada de Decisão do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. Texto contexto Enfermagem, Florianópolis, v.20(ESP), p131-7, 2011.

BAHIA, M.T.R. gerenciamento de recursos materiais em enfermagem. Universidade federal de juiz de fora faculdade de enfermagem. Departamento de enfermagem básica disciplina administração da assistência de enfermagem I, 2019.

BARBOSA, C.M., MAURO, M.F.Z., CRISTÓVÃO, S.A.B., MANGIONE, J.A. A Importância dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 57, ed.2, p 134-135, 2011.

BARREIRA FILHO, M. D. *et al.* Avaliação do modelo de compra centralizada de medicamentos: estudo de caso da assistência farmacêutica básica. Boletim Informativo Geum, v. 6, ed. 1, p. 80-89, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/view/3873/2886>>. Acesso em: 24 set. 2017.

BESTA, P.; JANOVSKÁ, K.; BUMBOVÁ, M. The possibilities of the structure and variability evaluation of inventory consumption. International Scientific Journal about Logistics. v. 2, ed. 3, p21-25, 2015. Disponível em: < doi:10.22306/al.v2i3.44>. Acesso em: 06 fev. 2018.

BEG. S., et al., "Quality standards in upper gastrointestinal endoscopy: A position statement of the British Society of Gastroenterology (BSG) and Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland (AUGIS)," 2017.

BISSCHOPS, R. "Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative," Endoscopy 2016.

BORBA, V.R.; LISBOA, T.C.; ULHÕA, W. M. M. – Gestão Administrativa e Financeira de Organizações de Saúde. São Paulo: Atlas, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017. v.1, 48 p.

BRASIL. Lei nº 4.320 de 17 de março 1964. Normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da união, dos estados, dos municípios e do distrito federal, 1964. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=4320&ano=1964&ato=221c3Zq5UNVRVT2b4>, Acesso em: 18 jun. 2022.

BRUNI AL, FAMA R. Gestão de custos e formação de preços. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2004.

CALEMAN, Gilson; MOREIRA, Marizélia Leão; SANCHEZ, Maria Cacília. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. Saúde & Cidadania São Paulo, v.5, ed.5, p.145 1998.

CAMPOS, V.F. Controle da Qualidade Total (No estilo Japonês). 9. ed. Nova Lima, Editora FALCONI, 2014. CAVALCANTI, E.; Gestão da Qualidade. 1 ed. São Paulo: Pearson Pretice Hall, 2012.

CAMPOS, V.F. Controle de qualidade total (no estiole japonês) 8. ed. Nova Lima – MG: INDG, 2004.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p155-167, 2014.

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, p73-88, 1991.

CAVALCANTI, E.; Gestão da Qualidade. 1 ed. São Paulo: Pearson Pretice Hall, 2012.

CLEVERT, D. A., et al. Cost analysis in interventional radiology - A tool to optimize management costs. European Journal of Radiology, v. 61, ed. 1, p144-149, 2007.

COHEN L.B, DELEGGE M.H, AISENBERG J. et al. AGA Institute review of endoscopic sedation. Gastroenterology, v133, p675-701, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM N° 1.802/2006. <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802_2006.htm> . Acesso em: 29 de abril 2023.

CREPALDI, Silvio Aparecido. Auditoria Contábil: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Atlas, 468 p., 2002.

DHAR, A., British Society of Gastroenterology. “British Society of Gastroenterology (BSG and British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults”. v.1, p1–29, 2022.

DUARTE, N. C. M. et al. Gestão de compras em um hospital de ensino terciário: um estudo de caso. Revista Medicina Ribeirão Preto, v. 48, ed.1, p48-56, 2015. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i1p48-56>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

EVANS, L.T., et al."Pharyngeal anesthesia during sedated EGDs: is "the spray" beneficial? A meta-analysis and systematic review." *Gastrointest Endosc* v.6, p761-766, 2006.

FIGUEIREDO, W. B.; AQUINO, S. Modelo de aquisição de insumos hospitalares para prevenção de infecção nosocomial em uma unidade de terapia intensiva baseada no sistema ABC e XYZ. *Internacional Journal of Health Management Review*, v. 2, ed.1, p. 84-107, 2016. Disponível em: <<http://doi 10.21902/jhmreview.v2i1.341>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

FONSECA, M. das G. Administração de materiais em enfermagem. Juiz de Fora, Escola de Enfermagem - UFJF/Depto Enfermagem Básica, 1995. (apostila de curso).

FRANCISCHINI, P.G., GURGEL, F.A. Administração de materiais e do patrimônio. São Paulo: Thonson Pioneira. ed.2, 2013.

FRANCISCO IMF, CASTILHO V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev. Esc. Enf. USP* [Internet], v.36, ed.3, p240-244, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n 3a04.pdf>>. Acesso em: 22/05/2021.

GARCIA, S.D., HADDAD, M.C.L.,DELLAROZA, M.S.G., COSTA, D.B., MIRANDA, J.M. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.65, ed2, p 339-46, 2012.

GOMES, Elaine Dias, ET.AL. AUDITORIA: ALGUNS ASPECTOS A RESPEITO DE SUA ORIGEM. São Paulo: Fael, ed.13, 2009.

GONÇALVES, M. C. et al. Sistema para geração automática de requisição de compras e controle de atas de registro de preços: um estudo de caso no setor elétrico. *Revista Gestão Industrial*. v. 11, ed. 4, p. 134-153, 2015. Disponível em:

<<https://revistas.butfpr.edu.br/revistagi/article/view/2886/2473>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

HONÓRIO M.T., ALBUQUERQUE G.L. A gestão de materiais em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 4, ed. 3, p. 259-268, 2005.

HONÓRIO RPP, CAETANO JA, ALMEIDA PC. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. *Rev Bras Enferm.* 2011; vol.64, ed. 5, p882-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S003471672011000500013>. Acesso em: 06 de fev 2022.

IEV – Instituto de Especialização em Vendas. Como fazer curva ABC? Veja o passo a passo e aplique em seu negócio. Disponível em: <<https://iev.com.br/conteudo/gestao-empresarial/como-fazer-curva-abc/>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

KRITCHANCHAI. D.; MEESAMUT, W. Developing Inventory Management in Hospital. *International Journal of Supply Chain Management*, v. 4, ed. 2, p. 11-19, 2015. Disponível em: < <http://ojs.excelingtech.co.uk/index.php/IJSCM/article/view/1076/pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

KURCGANT P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LICHTENSTEIN D.R, JAGANNATH S.et al. Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal E, Sedation and anesthesia in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* v. 68, p815-826, 2008.

LOURENÇO KG, CASTILHO V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. *Rev. Bras. Enf [Internet]*, v. 59, ed.1, p52-55, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0034-71672006000100010>. Acesso em: 06 fev. 2018.

LOURENÇO, K. G. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. São Paulo, 2006.

MAEHLER, A. E; CERETTA, P. S; JÚNIOR, P. C. Aplicação do Método de Criticidade de Materiais em Estoques Hospitalares. XXIV ENEGEP. Florianópolis, 2004.

MAHAGAONKAR, S. S.; KELKAR, A. A. Application of ABC Analysis for Material Management of a Residential Building. International Research Journal of Engineering and Technology, v. 4, ed. 8, p. 614-620, 2017. Disponível em: <<https://irjet.net/archives/V4/i8/IRJET-V4I8108.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

MAIA NETO, J. F. Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde. São Paulo: Editora RX, 1ed. 2005.

MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) v.32 ed.4, p797-806, 2010.

MEDEIROS, T. POP: Procedimento Operacional Padrão. 2010. 56f. Monografia. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA. Assis, 2010.

MEDICI, AC. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. Rev. Planej. Polít. Públicas ed.4, p83-93, 1990.

MELO, A. B. et al. A gestão de materiais médico-hospitalar em hospital público. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. ed.1, v. 7, p. 369-387, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18673/gs.v7i1.22086>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MESQUITA, S.R.A.M., ANSEMI M.L., SANTOS C.B., HAYASHIDA M.. Programa interdisciplinar de interação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Revista Latinoamericana de Enfermagem, Marília, v.13, ed.4, p 555-561, 2005.

MOTTA, A.L.C. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo: Látria, ed. 6, 2013.

MOTTA, A. L. C. Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde 5ª edição, São Paulo: Editora Érica Ltda, 2010.

MOTTA, J. M. Auditoria: princípios e técnicas. São Paulo: Atlas, ed.13, 167 p., 1992.

NEPOMUCENO, L.M.R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 42, ed. 4, 2008.

NON-ANESTHESIOLOGISTS, A. S. O. A. T. F. O. S. A. A. B. "Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists." *Anesthesiology*, v.4, p1004-1017, 2002.

OPAS, Organização Panamericana de Saúde. Buenas prácticas clínicas. Documento das Américas. Washington (DC): OPAS; 2006.

OLIVEIRA, M. M.; PANDOLFI, E. S.; VERÍSSIMO, T. D. C. Padronização no processo de compra: o enfermeiro como executor. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, ed.1, v. 8, p. 60-77, 2017. Disponível em: < <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/485> >. Acesso em: 18 jun. 2022.

PEREIRA LR, CARVALHO MF, SANTOS JS, MACHADO GAB, MAIA MAC, ANDRADE RD. Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2017; v.24 ed.4 p47-51. Disponível em: <http://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.840> Acesso em: 06 fev. 2022.

PEREIRA, A.S.; GONÇALVES, M.R.C.B.; SPIRI, W.C. Guia para descrição de procedimentos assistenciais de enfermagem no âmbito hospitalar. São Paulo: Coren-SP, 2018.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, v. 15, ed. 3, 492-9p. 2006.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 59, ed. 4, 2006.

PONTES, A.E.L. Gestão de estoques: utilização das ferramentas curva abc e classificação xyz em uma farmácia hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso, UFPB, 2013.

REMBACKEN, B. European Society of Gastrointestinal Endoscopy, "Quality in screening colonoscopy: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)," *Endoscopy*, 2012.

RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M.C. Glosa hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arquivos de Ciência da Saúde*, v.11, ed.4, p.210-214, 2004.

ROSA, V. L. Evolução da Auditoria no Brasil. 2012. 32 f. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde) - Centro Universitário Filadélfia – UniFil, Londrina-Pr., 2012.

SCARPARO, A.F., FERRAZ, C.A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, ed.3, p 302-305, 2008.

SADIO A.; ALMEIDA N. Pareceres SPED Tempos mínimos para agendamento de procedimentos endoscópicos. Primeira publicação: 09/10/2020. Revisão atual: 25/02/2023. <<https://www.sped.pt/index.php/publicacoes/pareceres-sped>>. Acesso: 08/04/2023.

SILVA S.H., ORTIZ D.C.F., SHIMIZU H.E., TOTH M. Auditoria em enfermagem: implantação e desenvolvimento no hospital universitário da Universidade de São

Paulo. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 24, ed.2, p 199-209, 1990.

SCHUTZ, V.; SIQUEIRA. B.T. A enfermagem e o custo com os materiais hospitalares: uma revisão bibliográfica. Universidade federal do paran , Revista Cogitare Enfermagem, ed.16, v.1, p. 148-153, 2011.

SOBED - Sociedade Brasileira de Endoscopia. HASHIMOTO C.L, RAMOS J.S.D, FANG H.L, SCHULZ R.T, BONADIMAN A.A, MARSON F.P, NAHOUM R.G. Endoscopia gastrointestinal – Seda o parte II: preparo, monitoriza o, medica es, alta hospitalar. 2017.

SOBED - Sociedade Brasileira de Endoscopia. Orienta o ao paciente. Exames <<https://www.sobed.org.br/geral/orientacao-ao-paciente/exames/endoscopia-digestiva-alta/>> Acesso: 08/04/2023.

SPED - A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Exames endosc picos. Endoscopia digestiva alta. <<https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/endoscopia-digestiva-alta>> Acesso: 08/04/2023.

URBANI F.R., HAUSER R.C. Hospital audit committees: a comparative analysis of structural and functional characteristics. Hospital & Health Services Administration, v36, ed.3, p383-96, 1991.

VIANA, J. J. Administra o de materiais: um enfoque pr tico. S o Paulo: Atlas, 2002.

WARING, J.P., et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy, "Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy." Gastrointest Endosc. v.3, p.317-322, 2003.

ANEXO 1 – PO DAS 9.6 001 Preparo da Sala de Exames Endoscópicos

1. OBJETIVO

- 1.1 Promover agilidade e segurança durante o procedimento endoscópico;
- 1.2 Disponibilizar todos os materiais e equipamentos necessários no procedimento endoscópico;
- 1.3 Evitar a propagação de infecção.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

DAS 9.6 - Centro de Endoscopia- Sala de exames.

3. MATERIAL E PROCEDIMENTO

3.1.1 Material para Limpeza Concorrente da Mesa de Exames

- 3.1.1.1 Álcool a 70%;
- 3.1.1.2 Compressa;
- 3.1.1.3 Luva para procedimento não estéril;
- 3.1.1.4 Lençol para mesa de exames.

3.1.2 Equipamentos e Materiais

- 3.1.2.1 Rack endoscópico contendo no mínimo: monitor, processadora e fonte de luz;
- 3.1.2.2 Tubo endoscópico de acordo com o procedimento: gastroscópio, colonoscópio, duodenoscópio, broncoscópio, etc;
- 3.1.2.3 Pulso - oxímetro ou monitor multiparamétrico com acessório e conectado à fonte de energia;
- 3.1.2.4 Ventilador Mecânico;
- 3.1.2.5 Cânula de Guedel tamanhos 3 e 4: 1 unidade de cada;
- 3.1.2.6 Caixa com equipamentos pediátricos, para uso nos dias de exames pediátricos.
- 3.1.2.7 Máscara alta concentração adulto: 1 unidade;
- 3.1.2.8 Umidificador de oxigênio: 1 em uso;
- 3.1.2.9 Materiais diversos, conforme lista interna padronizada para conferência e reposição das salas;
- 3.1.2.10 Frasco água para injeção 100 ml: 2 unidades;
- 3.1.2.11 Frasco SF 0,9% 250 ml: 10 unidades;
- 3.1.2.12 Garrote: 1 unidade;

3.1.3 Medicamentos

Bromoprida ampola 2ml 10 mg	01 ampola
Buscopan 20 mg	10 ampolas
Simeticona gotas 75 mg/ml frasco10ml	01 frascos
Dipirona ampola 2 ml 10 mg	01 ampolas
Etanolamina oleato 5% ampola 2 ml	20 ampolas
Triancinolona 20 mg	1 frasco-ampola
Lidocaína gel	02 tubos
Lidocaína spray	01 frascos
Omeprazol frasco-ampola 40 mg	01 ampola
Ondasentrona	01 ampola
SF 0,9% 20 ml e 10 ml	10 ampolas
SG 50% 10 ml	10 ampolas

3.1.4 Material endoscopia terapêutica

3.1.4.1 Agulhas para esclerose adulto: 2 unidades;

3.1.4.2 Ligadura elástica: 1 kit.

3.1.5 Material para coleta de anátomo patológico

3.1.5.1 Pinças de biópsia gastro: 5 unidades;

3.1.5.2 Pinças de biópsia colono: 5 unidades;

3.1.5.3 Alça de Polipectomia: 2 unidades;

3.1.5.4 Frasco multiuso com 10 ml de Formol a 10%: 10 frascos;

3.1.5.5 Citologia (pegar frasco na sala 3);

3.1.5.6 Lâminas de vidro (pegar na sala 3);

3.1.5.7 Clo-teste (pegar na geladeira de materiais biológicos).

3.1.6 Material para pré limpeza do endoscópio

3.1.6.1 Gaze não estéril: completar pote;

3.1.6.2 Detergente enzimático já diluído (500ml): 1 frasco;

3.1.6.3 Cuba inox;

3.1.6.4 Válvulas de limpeza de canal água e ar.

3.1.7 Material para endoscopia digestiva alta

- 3.2.6 Promover a arrumação da mesa de exames com lençol por técnica tipo envelope;
- 3.2.7 Organizar as roupas hospitalares no respectivo armário;
- 3.2.8 Dispor materiais nas caselas, caixas plásticas, armários e gavetas de forma organizada;
- 3.2.9 Organizar medicamentos na caixa organizadora nas devidas caselas;
- 3.2.10 Forrar mesa auxiliar com lençol e colocar cuba com detergente enzimático;
- 3.2.11 Dispor gaze não estéril sob a mesa auxiliar;
- 3.2.12 Verificar se equipamentos estão conectados à energia e testá-los;
- 3.2.13 Testar todos os componentes da fonte de gases e verificar acessórios.

4. OBSERVAÇÃO

- 4.1 Superfícies que apresentam sujidade visível, realizar limpeza terminal com água e sabão e após, álcool a 70%;
- 4.2 Organizar as roupas hospitalares no respectivo armário;
- 4.3 Dispor materiais nas caselas, caixas plásticas, armários e gavetas de forma organizada;
- 4.4 Organizar medicamentos na caixa organizadora nas devidas caselas;
- 4.5 O setor dispõe de Carro de urgência montado conforme “Lista para Conferência do Carro de Urgência” disponível na Intranet em “Downloads – Formulários e Documentos Internos – Divisão de Enfermagem” e de Desfibrilador próximo da unidade, testado conforme procedimento operacional da Divisão de Enfermagem (PO 142: 086).

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Técnica de Enfermagem.

6. REGISTRO E INDEXAÇÃO

Não se aplica.

ANEXO 2 - PO DAS 9.6 004 Assistência de enfermagem na realização de endoscopia digestiva alta sob sedação consciente ou anestesia geral

1. OBJETIVO

- 1.1. Promover segurança ao paciente durante o procedimento endoscópico;
- 1.2. Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento endoscópico.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

DAS 9.6 – Centro de Endoscopia- Sala de Exames

3. MATERIAL E PROCEDIMENTO

3.1 Material

- 3.1.1 Preparo da sala de exames para endoscopia conforme PO 388: 001;
- 3.1.2 Luvas de procedimento não estéril;
- 3.1.3 Óculos panorâmicos de proteção;
- 3.1.4 Máscara cirúrgica comum.

3.2 Procedimento

- 3.2.1 Higienizar as mãos, conforme procedimento operacional da CCIH 136: 044;
- 3.2.2 Colocar toda paramentação necessária para proteção individual;
- 3.2.3 Chamar paciente na sala de Pré-exame, conferindo pulseira ou etiqueta de identificação;
- 3.2.4 Observar as condições gerais do paciente;
- 3.2.5 Proceder preparo do paciente com Simeticona e Lidocaína Spray conforme prescrição médica;
- 3.2.6 Proceder monitorização (ECG, Pulso, Pressão arterial e saturação de oxigênio);
- 3.2.7 Instalar cateter nasal e oferecer suporte de oxigênio;
- 3.2.8 Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
- 3.2.9 Colocar compressa de pano macio próxima à boca do paciente;
- 3.2.10 Posicionar e fixar o bocal;
- 3.2.11 Auxiliar médico endoscopista nos procedimentos terapêuticos e coleta de material para biópsia conforme Procedimento Operacional específico de cada procedimento;
- 3.2.12 Promover aspiração das vias aéreas, se necessário;

- 3.2.13** Manter observação rigorosa contínua dos sinais vitais e condições clínicas durante todo o procedimento endoscópico e anestésico;
- 3.2.14** Promover atendimento de urgência se necessário;
- 3.2.15** Registrar os sinais vitais a cada 15 minutos;
- 3.2.16** Preencher os dados necessários no Formulário Eletrônico “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia – Sala de Exames”;
- 3.2.17** Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”.
- 3.2.18** Verificar o início do processo de limpeza do endoscópio realizado pelo endoscopista conforme PO 388: 010;
- 3.2.19** Dispor caixa para colocação de endoscópio, pinças, bocal, borrifador, dilatador, etc.
- 3.2.20** Avisar ao paciente o término do exame;
- 3.2.21** Oferecer compressa para salivação;
- 3.2.22** Verificar sonolência e condições gerais;
- 3.2.23** Auxiliar no transporte do paciente para maca ou cadeiras de rodas;
- 3.2.24** Encaminhar paciente para Sala de Recuperação Pós Exames;
- 3.2.25** Informar o procedimento realizado ao profissional de enfermagem da Recuperação;
- 3.2.26** Encaminhar materiais biológicos (Teste para Uréase e Biópsia) ao Expurgo, conforme PO 388: 006 e 388: 007;
- 3.2.27** Retornar à sala de exames e arrumá-la para novo exame, conforme PO 388: 001.

4. OBSERVAÇÃO

- 4.1** Para procedimentos com anestesia geral:
 - 4.1.1** Auxiliar a equipe médica durante a intubação orotraqueal e na fixação da cânula;
 - 4.1.2** Auxiliar a equipe médica durante a extubação orotraqueal e reversão da anestesia;
 - 4.1.3** Não é realizado o preparo do paciente com Simeticona e Lidocaína Spray.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Técnica de Enfermagem.

6. REGISTRO E INDEXAÇÃO

6.1 Registro

Registro da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico (P.E.P.)

6.2 Indexação

Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico e Eletrônico.

ANEXO 3 – PO DAS 9.6 016 Assistência de Enfermagem na Realização de Endoscopia Digestiva Baixa sob Sedação Consciente ou Anestesia Geral

1. OBJETIVO

- 1.1 Promover segurança ao paciente durante o procedimento endoscópico;
- 1.2 Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento endoscópico.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

DAS 9.6 - Centro de Endoscopia.

3. MATERIAL E PROCEDIMENTO

3.1 Material

3.1.1 Preparo da sala de exames para endoscopia conforme PO DAS 9.6: 001

3.1.2 Luvas de procedimento não estéril;

3.1.3 Óculos panorâmicos de proteção;

3.1.4 Máscara cirúrgica comum.

3.2 Procedimento

3.3 Higienizar as mãos, conforme PO DAS 10.9: 044;

3.4 Colocar toda paramentação necessária para proteção individual;

3.5 Observar as condições gerais do paciente;

3.6 Proceder monitorização (ECG, Pulso, Pressão arterial e saturação de oxigênio);

3.7 Solicitar ou auxiliar na retirada da roupa (calça do pijama) sem expor o paciente;

3.8 Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;

3.9 Auxiliar médico endoscopista na coleta de material biológico (biópsia ou polipectomia), conforme Procedimento Operacional específico de cada procedimento;

3.10 Promover aspiração das vias aéreas, se necessário;

3.11 Manter observação rigorosa contínua dos sinais vitais e condições clínicas durante todo o procedimento endoscópico e anestésico;

3.12 Instalar cateter nasal e, se necessário, oferecer suporte de oxigênio;

3.13 Promover atendimento de urgência se necessário;

3.14 Registrar no impresso “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia” os sinais vitais a cada 15 minutos;

- 3.15** Preencher os dados necessários no impresso “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia”;
- 3.16** Verificar o início do processo de desinfecção do endoscópio realizado pelo endoscopista conforme PO DAM 11: 010;
- 3.17** Dispor caixa para colocação de endoscópio, pinças, bocal, borrifador, dilatador, etc.
- 3.18** Avisar ao paciente o término do exame;
- 3.19** Verificar sonolência e condições gerais;
- 3.20** Checar medicamentos administrados na Prescrição Médica Eletrônica;
- 3.21** Auxiliar no transporte do paciente para maca ou cadeiras de rodas;
- 3.22** Encaminhar o paciente para Sala de Recuperação Pós Exames;
- 3.23** Informar o procedimento realizado ao profissional de enfermagem da Recuperação;
- 3.24** Anotar intercorrências, condições de transporte no impresso “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia”;
- 3.25** Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”.
- 3.26** Encaminhar materiais biológicos (Biópsia) ao Expurgo, conforme PO DAS 9.6: 006;
- 3.27** Retornar à sala de exames e arrumá-la para novo exame, conforme PO DAS 9.6: 001.

4. OBSERVAÇÃO

Para procedimentos com anestesia geral

- 4.1** Dispor os carros auxiliares de anestesia;
- 4.2** Carro auxiliar de materiais para anestesia equipado e conferido conforme PO DAS 9.6 11: 001;
- 4.3** Carro para anestesia equipado conforme PO DE 12: 023 e PO DE 12: 026;
- 4.4** Auxiliar a equipe médica durante a intubação orotraqueal e na fixação da cânula;
- 4.5** Auxiliar a equipe médica durante a extubação orotraqueal e reversão da anestesia.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe Técnica de Enfermagem.

6. REGISTRO E INDEXAÇÃO

6.1 Registro

Impresso Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia HC 30.331

6.2 Indexação

Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico.

ANEXO 4 – PO DAS 9.6 019 Assistência de Enfermagem na realização de Colangiografia Endoscópica Retrógrada

1. OBJETIVO

- 1.1 Esclarecer qualquer dúvida sobre o procedimento que irá ser submetido;
- 1.2 Promover segurança ao paciente durante o procedimento terapêutico endoscópico;
- 1.3 Minimizar o desconforto do paciente durante o procedimento;
- 1.4 Executar ações em sincronia com todas as equipes;
- 1.5 Conhecer materiais indicados a fim de utilizá-los da melhor forma, minimizando custos e aumentando chances de sucesso para o procedimento;
- 1.6 Identificar sinais de instabilidade hemodinâmica durante o procedimento terapêutico.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Centro de Endoscopia – Sala de exame nº 1 (chumbada).

3. MATERIAL E PROCEDIMENTO

3.1 Material

- 3.1.1 Materiais para preparo da sala de exames para endoscopia, conforme PO 388: 001;
- 3.1.2 Avental de chumbo;
- 3.1.3 Protetor cervical de chumbo;
- 3.1.4 Óculos de proteção radiológica;
- 3.1.5 Duas Cubas estéreis;
- 3.1.6 Frascos de contraste;
- 3.1.7 Materiais de CPRE conforme indicação médica (cateter, fio guia numerado, balão dilatador de vias biliares, balão dilatador de esôfago, papilótomo, cesta extratora tipo Basket, prótese de esôfago, prótese de vias biliares, estilete);
- 3.1.8 Eletrocautério;
- 3.1.9 Placa de bisturi;
- 3.1.10 Cateter para eletrocautério;

3.2 Procedimento

Na Sala de Exames:

- 3.2.1** Realizar higienização das mãos, conforme PO 136: 044;
- 3.2.2** Realizar assistência de enfermagem durante a realização do exame endoscópico conforme PO 388: 004;
- 3.2.3** Dispor os materiais em mesa auxiliar de maneira organizada e funcional;
- 3.2.4** Diluir contraste ao meio com SF0,9% e dispor na mesa auxiliar em uma cuba estéril à esquerda;
- 3.2.5** Dispor cuba estéril com SF0,9% na mesa auxiliar à direita;
- 3.2.6** Oferecer materiais solicitados pela equipe médica após retirada de ar com SF0,9%;
- 3.2.7** Auxiliar equipe médica durante retirada do fio guia e cateteres sempre que solicitado;
- 3.2.8** Posicionar eletrocautério e placa de bisturi conforme PO 152:016;
- 3.2.9** Registrar o procedimento e intercorrências no Formulário Eletrônico “Assistência de Enfermagem – Centro de Endoscopia – Sala de Exames”.
- 3.2.10** Triar o exame para a equipe médica, pelo sistema HCRP em: “Endoscopia Digestiva – Triar – selecionando o médico elaborador do laudo, médico revisor do laudo e equipamento utilizado no exame”.

4. OBSERVAÇÃO

- 4.1** Manter observação rigorosa quanto aos sinais vitais, dor abdominal, vômitos, sangramento, distensão abdominal e febre.
- 4.2** Para promover alta, o médico deverá orientar paciente e acompanhante sobre possíveis complicações, dieta e retorno.
- 4.3** Se utilizar prótese metálica, anotar em caderno de controle e solicitar ao médico a prescrição da prótese.

5. RESPONSABILIDADE

Equipe técnica de enfermagem previamente treinada;

6. REGISTRO E INDEXAÇÃO**6.1 Registro**

Registro da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico (P.E.P.).

6.2 Indexação

Por número do prontuário médico do paciente no Serviço de Arquivo Médico e Eletrônico.

ANEXO 5 – PROJETO DE PESQUISA – ANÁLISE DA GESTÃO DE MATERIAIS DE
UM CENTRO DE ENDOSCOPIA DE GRANDE PORTE DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

POS GRADUANDA: MANOELLA MONUTTI

ORIENTADOR: PROF. DR. RAFAEL KEMP

PROCEDIMENTO	
<input type="checkbox"/> EDA DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> EDA INTERVENCIONISTA: <hr/> <input type="checkbox"/> CPRE <input type="checkbox"/> COLONO DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/> COLONO INTERVENCIONISTA: <hr/>	DATA DA REALIZAÇÃO: TEMPO DE EXAME: TEMPO ENTRE SALAS:

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

MATERIAL	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	13X08	
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	25X08	
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	30X08	
AGULHA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	40X12	
BOLA DE ALGODÃO	C/ ALCOOL	
BORRACHA ASPIRAÇÃO	5 METROS	
CANULA ENDOTRAQUEAL		
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA	Nº	
CATETER O ²	Nº	
CATETER SPIRA	Nº	
CATETER TEFLON	Nº	
COMPRESSA GAZE		
ELETRODO DESCARTAVEL		
EQUIPO		
ESPARADRAPO		
IV FIX		
FRASCO PRA BIÓPSIA		
KIT DE ASPIRAÇÃO	ML	
LAMINA BISTURI	Nº	
LUVA ESPETIL (PAR)	Nº	
MICROFUSOR	Nº	
MICROPORE		
PLACA DE BISTURI		
SERINGA	3ML	
SERINGA	5ML	
SERINGA	10ML	
SERINGA	20ML	

TORNEIRINHA		
TRANSOFIX		
TUBO EXTENSOR	20CM	
TUBO EXTENSOR	120CM	

MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES

SOLUÇÃO	MEDIDA	QUANTIDADE UTILIZADA
PVPI ALCOÓLICO		
PVPI DEGERMANTE		
PVPI TÓPICO		
CLOREXEDINE ALCOÓLICO		
CLOREXEDINE DEGERMANTE		
CLOREXEDINE TÓPICO		
FORMOL		
ACIDO ACÉTICO		
LUGOL		
HIOSCINA	AMPOLA	
MIDAZOLAM	AMPOLA	
PETIDINA	AMPOLA	
PROPOFOL	AMPOLA	
S.R.L.	ML	
SOL. GLICOSE %	ML	
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%	ML	

OPME

MATERIAL	UNIDADE	MOTIVO DA UTILIZAÇÃO
PINÇA DE BIOPSIA		
ALÇA DE POLIPECTOMIA		
BALÃO DILATADOR		
KIT LIGADURA ELÁSTICA		
AGULHA INJETORA DE ESCLEROSE		
AGULHA DE BIOPSIA GUIADA POR US		
DILATADOR SAWARY		

INTERCORRÊNCIAS

SIM ()	NÃO ()
QUAIS?	

