



José Sebastião dos Santos

Organização

José Sebastião dos Santos

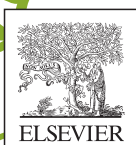
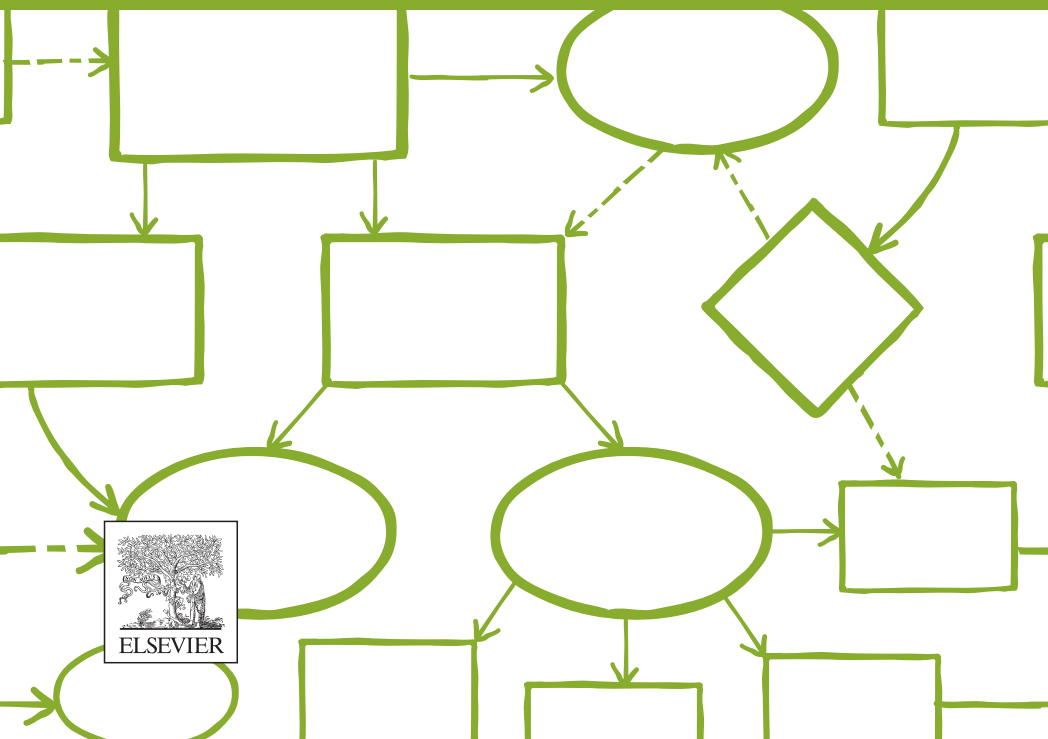
Gerson Alves Pereira Jr.

Ana Carla Bliacheriene

Aldaisa Cassanho Forster



Acesso à rede de saúde



Protocolos Clínicos e de Regulação:

Acesso à Rede de Saúde

Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde

José Sebastião dos Santos

Professor Livre-docente de Cirurgia do Aparelho Digestivo junto à Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Gerson Alves Pereira Junior

*Médico de Cirurgia do Trauma e de Urgência da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia de Urgência do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Doutor em Cirurgia e Especialista em Cirurgia Geral,
Digestiva e Medicina Intensiva*

Ana Carla Bliacheriene

Professora Doutora de Direito das Finanças Públicas e do Orçamento e de Direito Econômico da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Aldaísa Cassanho Forster

Professora Livre-docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



ELSEVIER

© 2012, Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610, de 19/02/1998.

Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

ISBN: 978-85-352-5175-3

Capa

Folio Design

Editoração Eletrônica

Rosane Guedes

Elsevier Editora Ltda.

Conhecimento sem Fronteiras

Rua Sete de Setembro, nº 111 – 16º andar
20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ

Rua Quintana, nº 753 – 8º andar
04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP

Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 026 53 40

sac@elsevier.com.br

Consulte também nosso catálogo completo, os últimos lançamentos e os serviços exclusivos no site www.elsevier.com.br

NOTA

O conhecimento médico está em permanente mudança. Os cuidados normais de segurança devem ser seguidos, mas, como as novas pesquisas e a experiência clínica ampliam nosso conhecimento, alterações no tratamento e terapia à base de fármacos podem ser necessárias ou apropriadas. Os leitores são aconselhados a checar informações mais atuais dos produtos, fornecidas pelos fabricantes de cada fármaco a ser administrado, para verificar a dose recomendada, o método e a duração da administração e as contraindicações. É responsabilidade do médico, com base na experiência e contando com o conhecimento do paciente, determinar as dosagens e o melhor tratamento para cada um individualmente. Nem o editor nem o autor assumem qualquer responsabilidade por eventual dano ou perda a pessoas ou a propriedade originada por esta publicação.

O Editor

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P96

Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde / José Sebastião dos Santos... [et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

il.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-352-5175-3

1. Protocolos médicos. 2. Hospitais - Administração. I. Santos, José Sebastião dos.

12-0354.

CDD: 362.1

CDU: 614.2

18.01.12 23.01.12

032714



Dedicatória

À minha esposa, Eliana e aos meus filhos,
Marina, Heitor e Beatriz, por compreenderem
o meu envolvimento com esse trabalho.
À Monique, uma alma iluminada,
por nos manter no percurso.

Reverência

Às Instituições Públicas que sempre me proporcionaram
grandes oportunidades, com destaque especial
à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo e o seu Hospital das Clínicas.
À Professora Dalvina Blanco Kater, por ter me proporcionado
uma segunda visão do mundo: a minha alfabetização.
Aos Professores Drs. José Liberato Ferreira Caboclo,
Dioclésio Campos Júnior, Marcos Felipe Silva de Sá
e Adib Jatene, fontes de inspiração
e exemplos de dignidade e profissionalismo.

Agradecimentos

À Fundação Waldemar Barnsley Pessoa
pelo financiamento do projeto de elaboração dos protocolos clínicos
e de regulação, bem como da edição dessa obra.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
(FAPESP) pelo subsídio a projetos que produziram conhecimentos
contidos nessa obra- Processos FAPESP 06/61915-2 e 09/51973-3.

Aos acadêmicos de medicina, Anuar José Chaguri,
Bernardo Barreto de Abreu, Emerson Rafael Lopes,
Ivan Piazarolo Ho, Letícia Taniwaki, Livia Brassollati Silveira,
Nayla K. C. C. O. Ishiyama, William Rafaelo Schlinkert,
Bruno de Oliveira Ribeiro e Renato Buono pela cooperação
na análise dos encaminhamentos eletivos e de urgência para o
Complexo Regulador da Assistência à Saúde
do município de Ribeirão Preto.

Aos autores e coautores e aos profissionais
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto,
com destaque para os Drs André Luis Mendes Marques,
Cesar Augusto Mazela, Carlos Fernando Adani Pereira,
Flávio Furkin Paiva, Homero Peixoto do Carmo,
Luciano Geraldo Gregghi, Marcelo Marcos Dinardi,
Rachel de Oliveira e Renato Pacheco Arena,
que validaram os protocolos clínicos e de regulação.

Colaboradores

Aderson Tadeu Berezowski

Professor Doutor do Setor de Gestão de Alto Risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Adriana de Freitas Lovalho

Médica do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Neurologia do Departamento de Neurologia e Neurociências da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Mestre em Medicina – Neurologia – pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Afonso Dinis Costa Passos

Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Agnaldo Pispico

Médico Cardiologista e Intensivista com residência em Clínica Médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e em Cardiologia Clínica no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo
Médico da Equipe de Resgate do GRAU – Bombeiros 193 – São Paulo
Diretor do Centro de Treinamento em Emergências Cardiológicas da SOCESP

Ajith Kumar Sankarankutty

Professor Doutor de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Alan Eckeli

Médico Assistente do Laboratório de Neurofisiologia Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Alcion Sponholz Junior

Médico da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Alessandra Cristina Marcolin

Professora Doutora do Setor de Gestão de Alto Risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Alessandra Kimie Matsuno

Médica Assistente do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Alexandre Sluittel

Médico Assistente do Serviço de Anestesiologia e Dor do Hospital Santa Paula e do Serviço de Anestesia do Centro de Referência da Saúde da Mulher – CRSM – do Hospital Pérola Byington
Especialista em Anestesiologia com Atuação na Área de Dor
Especialista em Medicina Intensiva
Diretor Científico da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – SAESP

Altacílio Nunes

Professor Doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ana Célia Beltran de Souza

Médica Nutróloga da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Ana Luiza N. R. de Almeida

Médica do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ana M. J. Marques

Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Anderson de Melo Sanches

Médico do Hospital das Clínicas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Anderson Soares da Silva

Professor Doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

André Evangelista de Souza

Advogado

Professor dos Cursos de Pós-graduação *lato sensu* da FAAP – Ribeirão Preto
Mestrando em Direito pela UNESP

André Peluso Nogueira

Médico do Hospital das Clínicas junto à Comissão de Uso e Controle de Antimicrobianos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Andre Schmidt

Professor Doutor de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Andrea Carla Veras Lins

Advogada da União em Exercício na Procuradoria da União de Sergipe
Integrante do Comitê Interinstitucional de Resolução de Demandas de Saúde em Sergipe

Andréa Mathes Faustino

Graduanda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Andreia Cassia Escarso

Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Andreza Corrêa Teixeira

Médica Assistente do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Angela Maria Amaral Soares Abou Ali

Mestre em Gerontologia pela PUC – SP
Coordenadora de Enfermagem do Hospital de Retaguarda Francisco de Assis

Angela Maria Sousa

Médica Especialista em Anestesiologia com Atuação na Área de Dor
Membro do Comitê Científico da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor – SBED
Médica Coordenadora do Centro Multiprofissional para Tratamento de Dor do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP
Médica Assistente da Equipe do Controle de Dor do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – ICHC-FMUSP
Médica Assistente do Serviço de Anestesiologia do Hospital Infantil Darcy Vargas – HIDV

Anna Carolina Miola

Aluna de Iniciação Científica junto à Disciplina de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Antônio Antunes Rodrigues Júnior

Médico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto junto à Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Antonio Ruffino Netto

Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Antônio Tonete Bafi

Médico Especialista em Medicina Intensiva pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – com atuação no Hospital do Rim e Hipertensão e no Hospital do Transplante

Arnóbio Dias da Ponte Filho

Médico Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC
Médico Especialista em Arritmia Clínica pela Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas – SOBRAC
Médico Estagiário do Serviço de Eletrofisiologia e Arritmia Invasivas do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – InCor-HC-FMUSP
Instrutor pela American Heart Association do Advanced Cardiovascular Life Support – ACLS

Bento Vidal de Moura Negri

Professor Doutor da Área da Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Bruno Amaral Medeiros

Médico Residente do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Bruno Guimarães Dantas

Médico junto ao Centro de Terapia Intensiva da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Cacilda da Silva Souza

Professora Doutora de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Camila B. Martelli

Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Carla Aparecida Arena Ventura

Professora Doutora na Área de Direito Internacional da Saúde, Direitos Humanos e dos Pacientes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero

Médico do Hospital das Clínicas junto ao Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Carlos Gilberto Carlotti Junior

Professor Livre-docente de Neurocirurgia junto ao Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Catalina Camas Cabrera

Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Colaboradora do Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual
–SEAVIDAS

Célia Mantovani

Médica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Christine Mae Morello Abbud

Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Cláudio Henrique Barbieri

Professor Titular do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor do Serviço de Cirurgia do Membro Superior, Mão e Microcirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Clésio Sousa Soares

Médico do Hospital das Clínicas junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Cristiane Maria Mártires de Lima

Médica Residente do Serviço de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Cristina Marta Del-Ben

Psiquiatra

Professora Livre-docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Cybelli Morelo Labate

Médica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Daniel S. Küpper

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Daniela Alves Malzone Lott

Médica do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto e Professora de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Ribeirão Preto

Débora Schalge Campioto

Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Dílson Braz da Silva Júnior

Farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
Responsável Técnico da Farmácia do Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado

Edson Alfredo

Cirurgião-dentista e Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto

Edson Garcia Soares

Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Diretor do Serviço de Verificação de Óbitos do Interior – SVOI
Supervisor do Serviço de Verificação de Óbitos Regional – SVOR
Supervisor do Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Eduardo Fonseca de Almeida

Mestre em Administração de Organizações pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Eduardo Melani Rocha

Professor Livre-docente de Oftalmologia junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Edvaldo José Rodrigues Cardoso

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia de Urgência (Neurocirurgia) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Edwaldo Edner Joviliano

Professor Doutor da Divisão de Cirurgia Vascular Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Edwin Tamashiro

Professor da Divisão de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Elcio O. Vianna

Professor Livre-docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Eliana Motta Fernandes Sacramento

Médica do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Neonatologia do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Elizabeth Monteiro

Médica Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – Divisão de Vigilância Epidemiológica

Ellen Moreira de Moura

Médica Especialista em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) com atuação junto ao Setor de Nefrologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo e ao Setor de Emergência do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Emmanuel Nunes de Melo

Psicólogo

Mestrado em Filosofia pelo Departamento de Filosofia da Universidade Federal de São Carlos

Emanuele Alves Baltazar da Silveira

Médica do Hospital das Clínicas do Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

Enfermeira Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ermelino Costa Cerqueira

Defensor Público

Fabiana C. P. Valera

Professora Doutora da Divisão de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fabiano Cade Jorge

Pós-graduando de Oftalmologia junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fátima Regina Amantéa

Assistente social da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Federico Garcia Cipriano

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fernanda Fernandes Souza

Médica Assistente do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fernanda Maris Peria

Professora Doutora da Divisão de Oncologia Clínica do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fernando Bellissimo-Rodrigues

Professor Doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fernando Nobre

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Coordenador da Unidade de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Flávio de Oliveira Pillegi

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Francisco Veríssimo de Mello Filho

Professor Livre-docente da Divisão de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Chefe do Centro Integrado de Estudos das Deformidades da Face do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Frederico Balbão Roncaglia

Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Médico do Hospital Estadual de Ribeirão Preto junto ao Grupo de Cirurgia da Mão, Membro Superior e Microcirurgia

Geraldo Duarte

Professor Titular do Setor de Gestão de Alto Risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Geruza A. Silva

Professora Associada da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Guilherme Luna Martinez

Graduando em Medicina

Guilherme Viana Rosa

Médico do Hospital das Clínicas do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Gustavo Cavalcanti Dutra Eichenberger

Médico do Hospital das Clínicas da Divisão de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Gustavo de Assis Mota

Médico do Hospital das Clínicas do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Heidi H. Sander

Médico Assistente do Laboratório de Neurofisiologia Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Helton Luiz Aparecido Defino

Professor Doutor Titular do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Henrique Cardoso Tardelli

Cirurgião Plástico

Médico da Divisão de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Membro Titular da SBCP

Ieda Regina Lopes Del Ciampo

Médica Assistente do Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ione Carvalho Pinto

Professora Livre-docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Isaías José Amaral Soares

Licenciado em Matemática pela Unicamp – SP/Unoesc – SP

Mestre em Inteligência Computacional pela UFPR

Doutor em Física Aplicada à Medicina e Biologia pela Universidade de São Paulo

Ivanice Gelli Perin

Assistente Social da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Janise Braga Barros Ferreira

Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Jayme Adriano Farina Junior

Professor Doutor e Chefe da Divisão de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Membro Titular da SBCP

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Queimaduras – SBQ

Jayter Silva de Paula

Professor Doutor de Oftalmologia junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

João Agnaldo Donizeti Gandini

Juiz de Direito Titular da 2ª Vara da Fazenda Pública de Ribeirão Preto-SP
 Mestre em Direito pela UNESP
 Professor dos Cursos de Pós-graduação *lato sensu* da FAAP de Ribeirão Preto-SP
 Membro Coordenador do Comitê Regional de Saúde do Estado de São Paulo do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ

João Marcello Fortes Furtado

Pós-graduando de Oftalmologia junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

João Mazzoncini de Azevedo Marques

Médico da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

João Sérgio de Carvalho Filho

Médico Urologista da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

José Antonio Baddini Martinez

Professor Livre-docente de Pneumologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

José Antônio Hiesinger Rodrigues

Médico do Hospital das Clínicas junto ao Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciência das Imagens e Física Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
 Mestre em Clínica Médica

José Carlos dos Santos

Médico do Hospital das Clínicas junto ao Departamento de Clínica Médica (Divisão de Medicina de Urgência) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
 Professor Assistente de Clínica Médica do Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Jose Eduardo Dutra de Oliveira

Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

José Geraldo Speciali

Professor Livre-docente de Neurologia do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

José J. Ribeiro Rocha

Professor da Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

José Luiz Romeo Boullosa

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
 Mestre e Doutor em Neurocirurgia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Júlia Batista de Carvalho

Médica do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Terapia Intensiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Juliana Cristina da Silva Castanheira

Médica Assistente da Disciplina de Pediatria e Pneumologia Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Uberaba

Julieta Ueta

Professora Livre-docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Júlio Sérgio Marchini

Professor Titular da Disciplina de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Leandra Andrea de Souza

Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Leonardo Montenegro Matos Albuquerque

Cirurgião Plástico

Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – SBCP

Ex-médico Residente da Divisão de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Leonardo Toshiaki Borges Yoshimochi

Psicólogo com Especialização em Terapia de Grupo

Lis Aparecida Souza Neves

Enfermeira Coordenadora do Programa de Tuberculose e Hanseníase da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Luane Marques de Mello

Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão (FAEPA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Lucia H. T. R. Pereira

Farmacêutico da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Luciana Aparecida Rocha de Souza Albuquerque

Pós-graduanda do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Luciana Rigotto Parada Redigolo

Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Luciane Loures dos Santos

Professora Doutora de Saúde da Família pela Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Extensão (FAEPA) no Hospital das Clínicas junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Luciana Rigotto Parada Redígolo

Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Luis Donizeti da Silva Stracieri

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia de Urgência do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Luis Renato Alves

Médico Pneumologista

Pós-graduando do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Luiz Alberto Manetta

Professor Doutor da Disciplina de Ginecologia do Curso de Medicina da Saúde da Mulher da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Médico do Hospital das Clínicas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Luiz Garcia Mandarano Filho

Médico do Grupo de Cirurgia da Mão, Membro Superior e Microcirurgia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e do Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Mestre em Ciências da Saúde Aplicadas ao Aparelho Locomotor pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Luiz R. C. Pires

Cirurgião-dentista da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Marcelo Ferreira Cassini

Médico Assistente da Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Marcelo Lourencini Puga

Médico Residente do Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Marcelo Marcos Dinardi

Médico da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
Coordenador do SAMU Ribeirão Preto-SP

Marcelo Volpon Santos

Médico e Pós-graduando em Cirurgia da Divisão de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Márcia Cristina Guerreiro dos Reis

Enfermeira e Mestre do Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Márcio Takey Bezuti

Médico do Hospital das Clínicas junto ao Grupo de Cirurgia da Mão, Membro Superior e Microcirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Mestre em Ciências da Saúde Aplicadas ao Aparelho Locomotor pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Marco Aurelio Guimarães

Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Diretor do Centro de Medicina Legal – CEMEL – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria Cristina Aiello Francelin

Psicóloga com Especialização em Saúde do Trabalhador e Pós-graduação em Saúde Mental

Maria Cristina Gentil Bellizzi Garcia

Enfermeira do Programa DST/AIDS da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Maria de Fátima Galli Sorita Tazima

Professora Doutora da Divisão de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Coordenadora das Atividades de Cirurgia Ambulatorial no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria de Lourdes Veronese Rodrigues

Professora Titular de Oftalmologia junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava

Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria do Rosário Del Lama de Unamuno

Enfermeira da Comissão de Terapia Nutricional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria Eugenia Brito dos Santos

Pós-graduanda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria Helena Larcher Caliri

Professora Livre-docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria Inez Machado Fernandes

Professora Livre-docente do Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria Jose Bistafa Pereira

Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Mariângela Carletti Queluz

Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Mario Eduardo P. Monteiro de Barros

Cirurgião Plástico

Médico da Divisão de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Membro Titular da SBCP

Marlivia Gonçalves de Carvalho Watanabe

Cirurgiã-dentista e Professora da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Marta Angélica Iossi Silva

Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

Professora Doutora do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Coordenadora do Laboratório de Investigação sobre a Atividade Humana (Grupo de Pesquisa – CNPq) da Área de Terapia Ocupacional Hospitalar e do Grupo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Mauricio Kfuri Junior

Professor Livre-docente de Área de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Mauricio Tsuguio Kobayashi

Médico do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater e do Curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto

Pós-graduando da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Miguel Angelo Hyppolito

Professor Doutor da Divisão de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Millene Rodrigues Camilo

Médica do Serviço de Neurologia da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP

Mônica Zechin de Oliveira Toniello

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Diretora do Departamento de Informática, Estatística, Controle e Auditoria – SMS – Ribeirão Preto

Munir Moises

Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Naira Medina Ribeiro

Médica de Família com Especialização no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Natalia Priolli Jora

Enfermeira

Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Nélio Augusto Mesquita Domingos

Médico Pediatra da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
Coordenador da Equipe Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Nilton Mazzer

Professor Titular do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor do Serviço de Cirurgia do Membro Superior, Mão e Microcirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Octávio Marques Pontes-Neto

Neurologista
Professor Doutor da Divisão de Neurologia do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Omar Féres

Professor da Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Orlando de Castro e Silva Junior

Professor Titular de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Palmira Cupo

Professora Doutora com atuação no Setor de Emergências Pediátricas do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Coordenadora do Centro de Controle de Intoxicações da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrícia Pereira dos Santos Melli

Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Pós-graduanda do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Pedro Cougo Telles Pinto

Neurologista e Pós-graduando do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Pérsio Roxo Júnior

Professor Doutor do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Corresponsável pelo Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
Chefe do Ambulatório de Imunodeficiências Primárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rachel Torres Salvatori

Especialista em Regulação de Saúde Suplementar
Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rafael Kemp

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Professor Doutor de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia pela Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas (FAEPA) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rafael Pinz

Médico Otorrinolaringologista junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Regina M. A. Mattiello

Médico do Hospital das Clínicas (Unidade de Emergência) junto ao Departamento de Puericultura e Pediatria do Setor de Emergências Pediátricas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Regina Maria França Fernandes

Professora Doutora de Neurologia do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Regina Sawamura

Professora Doutora do Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ricardo A. L. Penno

Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital Estadual de Ribeirão Preto junto ao Grupo de Cirurgia da Mão, Membro Superior e Microcirurgia

Ricardo de Carvalho Cavalli

Professor Livre-docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ricardo de Oliveira Brandt

Professor Titular da Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ricardo Santos de Oliveira

Professor Livre-docente e Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Roberto Satler Cetlin

Médico do Serviço de Neurologia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rodolfo Borges dos Reis

Professor Doutor da Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rodrigo José Custódio

Médico do Hospital das Clínicas (Unidade de Emergência) junto ao Departamento de Puericultura e Pediatria do Setor de Emergências Pediátricas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rodrigo Marques Gonçalves

Médico Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC
Faculty Center em ACLS do Centro de Treinamento Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/
American Heart Association
Médico da Seção Clínica de Dislipidemias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Rodrigo Salim

Médico da Área de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rogério Carneiro Bitar

Médico do Hospital das Clínicas junto ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rogério S. Parra

Médico do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Rosa Aparecida Ferreira

Médica Assistente do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Professora Doutora Titular na Área de Pediatria com Atuação em Alergia e Imunologia Infantil no Centro Universitário Barão de Mauá

Sebastião Sérgio da Silveira

Promotor de Justiça e Professor de Processo Penal da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Professor e Coordenador do Curso de Direito da Universidade de Ribeirão Preto

Selma Freire de Carvalho da Cunha

Professora Doutora da Disciplina de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica e do Curso de Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Sheila Cristina Ouriques Martins

Neurologista e Coordenadora do Programa de Neurologia Vascular do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Silvana Maria Quintana

Professora Livre-docente do Setor de Gestão de Alto Risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Silvana Martins Mishima

Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Silvio Tucci Junior

Professor Associado da Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Sonia Lenita Nacaratto Tiago

Auxiliar de enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Sônia Mara Neves Ferri

Mestre em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Pós-graduanda em Clínica Cirúrgica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Soraya Fernandes Mestriner

Cirurgiã-dentista e Professora da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Susana Dutra de Oliveira Silveira

Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Suzeidi Bernardo Castanheira

Médica do Hospital das Clínicas junto ao Setor de Endoscopia Digestiva da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Tatiana Assad Domingos Theodoropoulos

Médica Cardiologista

Doutora em Cardiomiopatias pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São Paulo

Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira

Médica Residente do Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciência das Imagens e Física Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Thiago Lins Almeida

Pós-graduando do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Tissiana Marques de Haes

Médica do Serviço de Neurologia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Trude Ribeiro da Costa Franceschini

Médica Pediatra junto ao Centro de Saúde Escola de Vila Tibério da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Valdes Roberto Bollela

Professor Doutor do junto à Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Vanda Marta Delloiagono Colichio

Enfermeira-Gerente da UBS Jacob Renato Woiski da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Valeria Moro

Médica nutróloga da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Vinicius Gundalini Guapo

Médico da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Virgínia Paes Leme Ferriani

Professora Livre-docente do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Chefe do Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Viviane Imaculada do Carmo Custódio

Médica junto ao Centro de Controle de Intoxicações da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Wagner A. dos Santos

Médico do Hospital das Clínicas (Unidade de Emergência) junto ao Departamento de Puericultura e Pediatria do Setor de Emergências Pediátricas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Wilma T. Anselmo-Lima

Professor Livre-docente da Divisão de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Wilson José Lovato

Médico junto à Unidade de Terapia Intensiva da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Especialista em Clínica Médica pela AMB e em Terapia intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB

Wilson Salgado Jr.

Professor Doutor de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente

Professora Doutora e Chefe da Divisão de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Zailton Bezerra Lima Junior

Doutor em Cirurgia pelo Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, instituído pela Constituição Federal de 1988, tem como princípios doutrinários o acesso universal com equidade e a atenção integral à saúde por meio de uma rede de serviços integrada e hierarquizada.

A evolução conceitual sobre a organização do SUS reforça, dentre outros papéis da atenção básica, a sua atribuição de executar as ações clínicas frente aos problemas de saúde de maior prevalência e coordenar o acesso aos demais serviços da rede assistencial. Por outro lado, a insuficiência de cobertura e das ações clínicas e de coordenação da atenção básica tem acarretado o excesso de demanda para os serviços especializados e de urgência.

Nesse contexto, o Complexo Regulador (CR) que reúne a oferta de serviços de saúde, por meio das centrais reguladoras de urgência, de leitos, de exames de média e elevada complexidade, de consultas médicas e odontológicas, de assistência farmacêutica, de vigilância sanitária e epidemiológica, de recursos móveis de atendimento e de remoção, dentre outras, é uma alternativa para ordenar o acesso da atenção básica para os serviços especializados e de urgência.

Os problemas de saúde da população que não são passíveis de resolução na atenção básica são encaminhados, por meio de guias de referência ao CR, ou ainda, nas situações de urgência, as equipes de saúde ou os usuários podem acionar a Central de Urgência por meio de telefone 192, internet ou fax. No CR, os encaminhamentos são avaliados e a melhor resposta assistencial deve ser oferecida em função dos recursos disponíveis na rede de serviços.

A regulação da assistência é um trabalho que associa conhecimento técnico e de gestão para apontar a melhor resposta que o sistema de saúde pode oferecer frente à necessidade de saúde apresentada. Esse trabalho, pode ainda apontar as deficiências da rede assistencial ao gestor da saúde, auxiliando-o na priorização de novos investimentos e novos arranjos, subsidiando assim, a regulação da atenção e do sistema de saúde.

Um dos recursos que pode facilitar a interface entre o Complexo Regulador e os diferentes pontos da rede assistencial são os protocolos clínicos e de regulação (PCR), termo adotado pelo Ministério da Saúde e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde para as orientações sistematizadas com base nas evidências científicas e nos resultados práticos que auxiliam os usuários, os profissionais de saúde e os gestores na tomada de decisão clínica e de regulação para resolver os problemas de saúde da população.

Os PCR, apresentados nesse livro, são roteiros que reúnem a caracterização dos cenários clínicos mais frequentes que aparecem nas Unidades Básicas

de Saúde (UBS), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e no CR, as respectivas diretrizes clínicas a serem adotadas nesse níveis de atenção, assim como definição de critérios e recursos a serem empregados para o encaminhamento dos pacientes entre os serviços da rede assistencial.

A porta de entrada para a rede de saúde é feita, preferencialmente, pela UBS ou pelo CR (na urgência pelo telefone 192) e, excepcionalmente, de forma espontânea, pela UPA ou pelo Hospital. A atenção básica coordena o acesso aos outros níveis de assistência à saúde por meio do CR, que tem a atribuição de ordenar ou regular o acesso. Os PCR auxiliam na definição das competências diagnósticas e terapêuticas nos diferentes serviços que compõem a rede assistencial e contribuem para a organização do acesso e a solução mais adequada das necessidades de saúde identificadas na prática assistencial.

Os protocolos disponíveis na literatura, em geral, apresentam apenas o componente clínico, sem considerar que o doente pode estar em pontos distintos da rede assistencial e com diferentes densidades tecnológicas. Essa proposta traz o desafio de sistematizar para os problemas de saúde selecionados, as ações clínicas e de regulação nos diferentes pontos da rede assistencial, bem como validá-las com a participação dos profissionais da atenção básica e do CR, na perspectiva de garantir a integralidade e a equidade na atenção à saúde.

O descompasso entre as necessidades assistenciais de alguns pacientes e a prescrição isolada de avaliações, exames e procedimentos impostos por uma rede com ações clínicas fragmentadas, sem coordenação e ordenação gera insatisfação, retardo no tratamento e desperdício de recursos. A definição de portas de entrada, de oferta organizada e regulada de serviços e a possibilidade de modificação das práticas profissionais e de cooperação para elaboração e validação dos PCR, pode sim, tornar a atenção à saúde mais racional e humanizada.

A perspectiva é que **a implementação dos PCR, sem prejuízo do bom senso na prática clínica e regulatória**, no âmbito dos diferentes componentes da rede assistencial possa agilizar e ampliar o acesso, reduzir as oportunidades perdidas na interface entre usuários e serviços de saúde e construir uma rede assistencial mais cooperativa e mais centrada nas necessidades dos seus usuários.

José Sebastião dos Santos

Professor de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ex-Coordenador da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ex-Consultor do Ministério da Saúde

Ex-Secretário de Saúde do município de Ribeirão Preto

“PROTOSCOLOS CLÍNICOS E DE REGULAÇÃO PARA ACESSO À REDE DE SAÚDE”

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi acompanhada, nos seus primórdios, por ações coordenadas do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação. As universidades estavam despreparadas para o novo desafio: formar profissionais empregando os diferentes serviços previstos na rede assistencial do SUS, com redução das atividades em nível hospitalar e reforço da participação nos serviços de média complexidade e de atenção básica. Somente nos últimos anos, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm traçado, conjuntamente, as diretrizes curriculares para as instituições de ensino superior voltadas para a área da saúde.

Por outro lado, no contexto da assistência à saúde, o funcionamento precário da atenção básica tem forçado os usuários a buscar assistência em Unidades hospitalares ou de Pronto Atendimento não hospitalar. Assim, sem o devido ordenamento de fluxo, os pacientes vão se submetendo a longas filas de espera nestas unidades que, na maioria das vezes, estão despreparadas para atendê-los, em função das suas limitações de organização e do preparo inadequado dos seus profissionais.

Esse quadro adverso soma-se à falta de protocolos de atendimento e a regulação deficiente do fluxo dos pacientes. Não raro, em um mesmo serviço, para as mesmas condições clínicas de diferentes pacientes, são adotadas condutas heterogêneas conforme o profissional que o atende.

A elaboração de protocolos pelas instituições de saúde vinculadas às universidades e validados pelos profissionais que atuam nas respectivas áreas de conhecimento no âmbito do SUS, pode desempenhar um papel fundamental no sentido de tornar a atenção à saúde de melhor qualidade e resolutividade.

A iniciativa do Professor José Sebastião dos Santos ao organizar a edição de um livro contendo Protocolos Clínicos e de Regulação – PCR- é da mais alta relevância para o aprimoramento do sistema de saúde, com aplicações que podem ser extensivas também aos serviços de saúde suplementares e privados.

Os Protocolos Clínicos e de Regulação – PCR- apresentados neste livro foram discutidos e propostos por profissionais de diferentes especialidades, a maioria deles vinculados à rede assistencial que tem como referência o Hospital das Clínicas e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São roteiros que podem ser adotados nas mais diversas regiões, independentemente do tamanho da unidade de atendimento e do município. Os PCRs são sugeridos com base nos cenários clínicos mais frequentes que aparecem nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendi-

mento e nas Centrais de Regulação e estabelecem critérios e os recursos que serão utilizados para manejo inicial dos pacientes e encaminhamento, quando necessário, entre os serviços da rede assistencial.

São 112 protocolos de atendimento e gestão que estão disponibilizados com os temas mais relevantes para a assistência. Os capítulos dedicam tópicos especiais na atenção aos adultos e idosos, tais como a dor torácica, a bradicardia, a icterícia, o diabetes mellitus descompensado, a dor abdominal aguda, a hemorragia digestiva alta, o acidente vascular cerebral, entre outros. Da mesma forma, abordam temas específicos voltado para gestantes como a infecção urinária e o trabalho de parto pré-termo ou para crianças como o traumatismo crânio-encefálico. Alguns temas relevantes pela alta frequência em serviços de Pronto Atendimento, e muitas vezes negligenciados na capacitação de profissionais da saúde, são abordados de forma bem objetiva como são os casos dos capítulos dedicados ao atendimento de pacientes com ferimentos traumáticos de pele e subcutâneo e as queimaduras.

O editor do livro, Professor Dr José Sebastião dos Santos tem uma grande experiência profissional na atenção às urgências e emergências. Durante quatro anos dirigiu a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, tendo participado ativamente na organização daquele serviço e que hoje é um modelo exemplar de gestão de Unidades desta natureza em todo o Brasil. Dedicou-se com afincamento no estabelecimento de vários protocolos de conduta em urgências médicas e teve um papel essencial na consolidação da Central de Regulação das Urgências de Ribeirão Preto e da Direção Regional de Saúde DRS-13 do Estado de São Paulo. Também já exerceu o cargo de Secretário Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto. Esta grande experiência em gestão também o impeliu a acrescentar dentre os capítulos do livro a abordagem dos aspectos relacionados à gestão do sistema de regulação e atendimento de pacientes em situações de urgência. De autoria do próprio editor há um capítulo dedicado ao Acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde. Não descuidou de detalhes como o capítulo dedicado à abordagem da declaração de óbito e o encaminhamento dos corpos para elucidação de diferentes situações de morte.

Trata-se, portanto de um livro com características inéditas em nosso meio e vem preencher uma lacuna importante na bibliografia médica nacional nesta área do conhecimento. Não há dúvidas que será uma ferramenta extremamente útil para auxiliar os gestores e os profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Hospitalares e Centrais de Regulação no sentido de melhorar a resolutividade e agilizar os encaminhamentos de pacientes que necessitem de atenção em serviços com maior complexidade.

Marcos Felipe da Silva de Sá

*Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Ex-Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo*

Apresentação

É com enorme satisfação que recebo o convite para fazer a apresentação deste livro “Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde”.

Acompanhei, quando secretário de Estado da Saúde, o brilhante trabalho desenvolvido na Região de Ribeirão Preto para a concepção e implantação da Central Única de Regulação de Urgência.

Tal trabalho coordenado pelo Dr. Luiz Benjamin Trivellato, então na Direção da Diretoria Regional de Saúde contou com a participação entusiástica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, de outras Secretarias Municipais de vários municípios das Região, Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, naquele momento, coordenada pelo Professor Dr. José Sebastião dos Santos.

Raras vezes vimos tão estreita colaboração entre Gestores Municipais, Hospitais Filantrópicos, Diretores de Centros Universitários de medicina e de enfermagem.

O diagnóstico das deficiências da Rede de Saúde da Região, muito bem elaborado, permitiu um planejamento exemplar que propiciou um magnífico programa de capacitação para os profissionais dos vários níveis da Rede Regional de Saúde.

Certamente as lacunas de conhecimento e as deficiências de capacitação encontradas devem ter servido de motivação para a elaboração destes “Protocolos Clínicos”.

Alegra-me, também, como um ardoroso amante do Sistema Único de Saúde (SUS) ver que os protocolos levam em conta toda a rede de saúde,...”com uma concepção que envolve a abordagem clínica e de gestão para os vários problemas de saúde que chegam na atenção básica e a partir daí são direcionados por meio do Complexo Regulador da Assistência, para outros componentes da Rede de Saúde...”

Merece elogios também a preocupação dos autores em procurar validar os protocolos que foram academicamente elaborados, submetendo-os à análise de médicos da Atenção Básica e de reguladores de saúde.

Cumprimento os organizadores e autores desta obra, que partindo de uma prática assistencial bem planejada e executada nos oferecem uma enorme contribuição para a “qualificação das nossas equipes assistenciais”.

Felicitos os gestores de todos os níveis do SUS que terão oportunidade de colaborar para a mais ampla disseminação desta obra em benefício das nossas equipes de saúde.

José da Silva Guedes

*Professor do Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
no período de 1995-2002-Governo Mário Covas/Alckmin*

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS), com 23 anos de idade, já conta com uma rede diversificada de serviços fixos e móveis, que garante ações de vigilância sanitária e epidemiológica, promoção de saúde, prevenção das doenças e dos seus agravos, cura e reabilitação.

A ordenação do acesso dos usuários do SUS aos seus diferentes serviços, mediante identificação sistematizada das suas necessidades e, preferencialmente, a partir da atenção básica e do Complexo Regulador contribui para a melhor resposta, na melhor hora e no melhor local.

Esse modo de agir garante a integralidade na atenção à saúde e ao cidadão na medida que também identifica e encaminha necessidades para a assistência social, o ministério público e o judiciário, dentre outros setores, com os quais a saúde tem interface.

O projeto de elaboração dos protocolos clínicos e de regulação para fortalecer a atenção básica e o Complexo Regulador da Atenção à Saúde coordenado por José Sebastião dos Santos, médico e professor universitário, com histórico de direção de hospital universitário de urgência, consultor do Ministério da Saúde e gestor municipal de saúde, materializado pelo Livro “Protocolos Clínicos e de Regulação: acesso à rede de saúde” e que contou com a organização de Ana Carla Bliacheriene, advogada e professora universitária, Aldaísa Cassanho Forster e Gerson Alves Pereira Jr, ambos com formação médica e atuação como professores universitários, contribui para a afirmação dos pressupostos organizativos e doutrinários do SUS.

Destaco ainda que, a formulação conjunta de políticas públicas para formação e pesquisa pelos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia com apoio das agências de fomento de âmbito nacional - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), estadual - Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e local - a Fundação Waldemar Barnsley Pessoa (FWBP), contribuíram para a produção de conhecimento divulgados em capítulos desse livro, acelerando o processo de implementação de políticas públicas e motivando a aproximação entre a Universidade e o SUS

Assim, na qualidade de gestor federal, congratulo o coordenador do projeto, os organizadores do livro, as agências de fomento e os colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Universidade de São Paulo presentes nessa obra que tenho a satisfação de apresentar.

Alexandre Rocha Santos Padilha

Ministro da Saúde

Parte I Acesso a Bens de Saúde e a Outros Bens Sociais, 1

Capítulo 1 Protocolo para Acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde, 3

José Sebastião dos Santos

Capítulo 2 Protocolos Clínicos e de Regulação: Motivações para Elaboração e Uso, 9

Sônia Mara Neves Ferri

Janise Braga Barros Ferreira

Eduardo Fonseca de Almeida

José Sebastião dos Santos

Capítulo 3 Protocolo para Acolhimento com Avaliação de Risco, Necessidades e Vulnerabilidades, 23

Marta Angélica Iossi Silva

Maria José Bistafa Pereira

Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava

Nélio Augusto Mesquita Domingos

Ione Carvalho Pinto

Luciana R. Parada Redígolo

José Sebastião dos Santos

Capítulo 4 Protocolo Clínico e de Regulação para Adoção de Medidas de Prevenção de Doenças, 49

Anderson Soares da Silva

Luciane Loures dos Santos

Ajith Kumar Sankarankutty

José Sebastião dos Santos

Capítulo 5 Protocolo para Acesso aos Exames Complementares na Atenção Básica, 59

Aldaísa Cassanbo Forster

José Antônio Hiesinger Rodrigues

Tatiane Mendes Gonçalves de Oliveira

Mônica Zechin de Oliveira Toniello

Gerson Alves Pereira Júnior

José Sebastião dos Santos

Capítulo 6 Protocolo Clínico e de Regulação de Acesso e de Preparo para Endoscopia Digestiva, 87

Rafael Kemp

Suzçedi Bernardo Castanheira

Orlando de Castro e Silva Jr.

José Sebastião dos Santos

Capítulo 7 Protocolo para Acesso a Proteção Social e Benefícios Assistenciais, 107

*Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava
Fátima Regina Amantéa
Ivanice Gelli Perin*

Capítulo 8 Protocolo para Acesso a Medicamentos e à Assistência Farmacêutica, 117

*Julietta Ueta
Dilson Braz da Silva Júnior
Lucia H. T. R. Pereira
Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava
José Sebastião dos Santos*

Capítulo 9 Protocolo para Acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar, 127

*Emília Maria Paulina Campos Chayamiti
Maria José Bistafa Pereira
Maria do Carmo Caccia Bava
Silvana Martins Mishima*

Capítulo 10 Protocolo Clínico e de Regulação para Atenção a Pacientes em Cuidados Paliativos, 141

*Angela Maria Amaral Soares Abou Ali
Isaias José Amaral Soares
Luciana Rigotto Parada Redigolo
Fernanda Maris Peria
Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo*

Capítulo 11 Protocolo para Orientações, Encaminhamentos e Condutas em Situações de Violência Intrafamiliar, 161

*Catalina Camas Cabrera
Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava
Elizabeth Monteiro
Nélio Augusto Mesquita Domingos
Trude Ribeiro da Costa Franceschini*

Capítulo 12 Protocolo para Manejo do Óbito: Encaminhamento dos Corpos e Declaração de Óbito, 187

*Marco Aurelio Guimarães
Edson Garcia Soares*

Capítulo 13 Protocolo de Acesso aos Bens de Saúde por Via Judicial no Sistema Único de Saúde, 195

*Ana Carla Bliacheriene
João Agnaldo Donizeti Gandini
André Evangelista de Souza
Sebastião Sérgio da Silveira
Andrea Carla Veras Lins
Ermelino Costa Cerqueira
José Sebastião dos Santos*

Capítulo 14 Protocolo de Acesso aos Bens de Saúde por Via Judicial no Sistema de Saúde Suplementar, 211*Rachel Torres Salvatori**Carla Aparecida Arena Ventura**João Agnaldo Donizeti Gandini***Parte II Atenção à Saúde da Mulher, 225****Capítulo 15 Protocolo Clínico e de Regulação no Trabalho de Parto no Termo da Gestação, 227***Alessandra Cristina Marcolin**Silvana Maria Quintana***Capítulo 16 Protocolo Clínico e de Regulação no Trabalho de Parto Pré-termo, 235***Alessandra Cristina Marcolin**Silvana Maria Quintana***Capítulo 17 Protocolo Clínico e de Regulação para Sangramentos Genitais durante o Período Gestacional, 241***Alessandra Cristina Marcolin**Silvana Maria Quintana**Daniela Alves Malzone Lott***Capítulo 18 Protocolo Clínico e de Regulação para Alteração da Vitalidade Fetal, 255***Alessandra Cristina Marcolin**Aderson Taden Berezowski***Capítulo 19 Protocolo Clínico e de Regulação para Infecção Urinária na Gestação, 263***Alessandra Cristina Marcolin**Geraldo Duarte***Capítulo 20 Protocolo Clínico e de Regulação para Urgências e Emergências Hipertensivas na Gestação, 269***Alessandra Cristina Marcolin**Ricardo de Carvalho Cavalli***Capítulo 21 Protocolo Clínico e de Regulação para Urgências Relacionadas ao Diabetes Mellitus Materno, 275***Alessandra Cristina Marcolin**Geraldo Duarte*

Capítulo 22 Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo das Intercorrências Mamárias durante Amamentação Pós-parto, 281

Maria José Bistafa Pereira
Márcia Cristina Guerreiro dos Reis
Mariângela Carletti Queluz
Leandra Andréia de Souza
Guilherme Luna Martinez
Ricardo de Carvalho Cavalli

Capítulo 23 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem das Pacientes com Vulvovaginites, 301

Silvana Maria Quintana
Patrícia Pereira dos Santos Melli
Geraldo Duarte
Daniela Alves Malzone Lott
Mauricio Tsuguio Kobayashi

Capítulo 24 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Dor Pélvica Aguda na Mulher, 313

Luiz Alberto Manetta
Anderson de Melo Sanches

Parte III Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, 323

Capítulo 25 Protocolo Clínico e de Regulação Pré-hospitalar do Paciente Traumatizado, 325

Gerson Alves Pereira Júnior
Marcelo Marcos Dinardi

Capítulo 26 Protocolo Clínico e de Regulação para Atendimento Inicial do Paciente Traumatizado, 331

Gerson Alves Pereira Júnior

Capítulo 27 Protocolo Clínico e de Regulação para Traumatismo Cranioencefálico no Adulto, 347

Edvaldo José Rodrigues Cardoso
Carlos Gilberto Carlotti Junior

Capítulo 28 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Paciente Afogado, 355

Ellen Moreira de Moura
Arnóbio Dias da Ponte Filho
Antônio Tonete Bafi

Capítulo 29 Protocolo Clínico e de Regulação para o Trauma Cervical Penetrante, 361

Gustavo Cavalcanti Dutra Eichenberger

Capítulo 30 Protocolo Clínico e de Regulação para Trauma de Face, 367*Gustavo Cavalcanti Dutra Eichenberger**Francisco Veríssimo de Mello Filho***Capítulo 31 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem Inicial do Trauma Torácico, 377***Federico Garcia Cipriano**Gerson Alves Pereira Júnior***Capítulo 32 Protocolo de Atendimento Inicial e de Regulação para Traumatismos Raquimedulares, 387***José Luiz Romeo Boullosa***Capítulo 33 Protocolo Clínico e de Regulação para o Trauma Abdominal, 401***Gerson Alves Pereira Júnior***Capítulo 34 Protocolo Clínico e de Regulação para Atendimento do Paciente com Trauma Pélvico, 413***Rogério Carneiro Bitar**Gerson Alves Pereira Júnior***Capítulo 35 Protocolo Clínico e Regulatório para o Atendimento Inicial de Fraturas Expostas, 419***Luiz Garcia Mandarano Filho***Capítulo 36 Protocolo Clínico e de Regulação para Ferimentos Traumáticos de Pele e Subcutâneo, 425***Maria de Fátima Galli Sorita Tazima**Luiz Garcia Mandarano Filho**Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente**Flávio de Oliveira Pillegi***Capítulo 37 Protocolo Clínico e Regulatório para Ferimentos na Mão e Punho, 441***Luiz Garcia Mandarano Filho**Debora Schalge Campioto**Nilton Mazzer**Cláudio Henrique Barbieri***Capítulo 38 Protocolo Clínico e de Regulação para o Trauma do Punho, 447***Ricardo Alberto Lupinacci Penno**Frederico Balbão Roncaglia**Nilton Mazzer**Cláudio Henrique Barbieri***Capítulo 39 Protocolo Clínico e de Regulação para o Trauma do Cotovelo, 451***Ricardo A. L. Penno**Nilton Mazzer**Cláudio Henrique Barbieri*

Capítulo 40 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem dos Acidentes Ofídicos, 455

Palmira Cupo

Viviane Imaculada do Carmo Custódio

Capítulo 41 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem dos Acidentes por Aracnídeos, 469

Palmira Cupo

Viviane I. do Carmo Custódio

Capítulo 42 Protocolo Clínico e de Regulação para Profilaxia da Raiva Humana, 491

Andreia Cassia Escarso

Afonso Dinis Costa Passos

Capítulo 43 Protocolo Clínico e de Regulação para Queimaduras, 509

Leonardo Montenegro Matos Albuquerque

Henrique Cardoso Tardelli

Mário Eduardo P. Monteiro de Barros

Jayme Adriano Farina Junior

Capítulo 44 Protocolo Clínico e de Regulação para Ingestão de Corpo Estranho, 525

Suzeldi Bernardo Castanheira

Gustavo de Assis Mota

Guilherme Viana Rosa

Rafael Kemp

José Sebastião dos Santos

Capítulo 45 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem dos Corpos Estranhos na Cavidade Nasal, Orelha Externa, Faringe e Laringe, 529

Rafael Pinz

Miguel Angelo Hyppolito

Capítulo 46 Protocolo Clínico e de Regulação para Ingestão de Corrosivos, 539

Suzeldi Bernardo Castanheira

Gustavo de Assis Mota

Regina Sawamura

Rafael Kemp

José Sebastião dos Santos

Capítulo 47 Protocolo Clínico e de Regulação para a Parada Cardiorrespiratória no Adulto e Idoso, 547

Marcelo Lourencini Puga

Wilson José Lovato

Capítulo 48 Protocolo Clínico e de Regulação para a Síndrome do Choque Circulatório, 559

Wilson José Lovato

Gerson Alves Pereira Júnior

Capítulo 49 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Dor Torácica Aguda em Adultos e Idosos, 581*Bruno Guimarães Dantas**Rafael Kemp**Andre Schmidt***Capítulo 50 Protocolo Clínico e de Regulação para a Dor nos Membros Inferiores, 605***Edvaldo Edner Joviliano**Marcelo Bellini Dalio***Capítulo 51 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Taquicardia em Adultos, 617***Rodrigo Marques Gonçalves**Arnóbio Dias da Ponte Filho***Capítulo 52 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Bradicardia em Adultos e Idosos, 627***Arnóbio Dias da Ponte Filho**Rodrigo Marques Gonçalves**Ellen Moreira de Moura***Capítulo 53 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Paciente com Insuficiência Cardíaca, 637***Tatiana Assad Domingos Theodoropoulos**Agnaaldo Pispico***Capítulo 54 Protocolo Clínico e de Regulação para Hipertensão Arterial, 649***Júlia Batista de Carvalho**Gerson Alves Pereira Júnior**Fernando Nobre***Capítulo 55 Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo do Acidente Vascular Cerebral, 663***Octávio Marques Pontes Neto**Pedro Telles Congo-Pinto**Sheila Cristina Ouriques Martins***Capítulo 56 Protocolo Clínico e de Regulação para a Síndrome Febril, 677***Valdes Roberto Bollela**Fernando Bellissimo-Rodrigues***Capítulo 57 Protocolo Clínico e de Regulação para Cefaleia, 695***Naira Medina Ribeiro**José Geraldo Speciali***Capítulo 58 Protocolo Clínico e de Regulação para Dor no Ombro, 707***Márcio Takey Bezuti**Nilton Mazzer**Cláudio H. Barbieri*

Capítulo 59 Protocolo Clínico e de Regulação para Lombalgia, 713

Helton Luiz Aparecido Defino

Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero

Capítulo 60 Protocolo Clínico e de Regulação para Dor no Joelho, 721

Maurício Kfuri Junior

Rodrigo Salim

Capítulo 61 Protocolo Clínico e de Regulação para Dor Abdominal Aguda no Adulto e no Idoso, 731

Gerson Alves Pereira Júnior

José Sebastião dos Santos

Capítulo 62 Protocolo Clínico e de Regulação para a Dor Anorretal, 743

Ana Luíza N. R. de Almeida

Rogério S. Parra

Bruno Amaral Medeiros

José J. Ribeiro Rocha

Omar Fêres

Capítulo 63 Protocolo Clínico e de Regulação para o Escroto Agudo, 753

Marcelo Ferreira Cassini

Silvio Tucci Junior

Capítulo 64 Protocolo para Sedação e Analgesia na Atenção Básica de Urgência, 759

Alexandre Stullitel

Angela Maria Sousa

Capítulo 65 Protocolo Clínico e de Regulação para Pirose e Regurgitação no Adulto e no Idoso, 793

Gustavo de Assis Mota

Ajith Kumar Sankarankutty

Rafael Kemp

Olando de Castro e Silva Junior

José Sebastião dos Santos

Capítulo 66 Protocolo Clínico e de Regulação para Litíase Biliar e suas Complicações, 805

Wilson Salgado Jr.

José Sebastião dos Santos

Capítulo 67 Protocolo Clínico e de Regulação para Disfagia no Adulto e Idoso, 813

Gustavo de Assis Mota

Ajith Kumar Sankarankutty

Rafael Kemp

José Sebastião dos Santos

Capítulo 68 Protocolo Clínico e de Regulação para Dispepsia Funcional, 823

Fernanda Fernandes Souza
Andrezza Corrêa Teixeira
Ricardo Brandt de Oliveira
Jose Sebastião dos Santos

Capítulo 69 Protocolo Clínico e de Regulação para Hemorragia Digestiva Alta, 829

Suzzeidi Bernardo Castanheira
Gustavo de Assis Mota
Guilherme Viana Rosa
Rafael Kemp
José Sebastião dos Santos

Capítulo 70 Protocolo Clínico e de Regulação para Epistaxe, 837

Fabiana C. P. Valera
Edwin Tamashiro
Miguel A. Hyppolito
Wilma T. Anselmo-Lima

Capítulo 71 Protocolo Clínico e de Regulação para Icterícia no Adulto e no Idoso, 841

José Sebastião dos Santos
Rafael Kemp
Ajith Kumar Sankarankutty
Wilson Salgado Jr.
Orlando de Castro e Silva Jr.
Fernanda Fernandes de Souza
Andrezza Corrêa Teixeira

Capítulo 72 Protocolo Clínico e de Regulação para Hérnia da Região Inguinal no Adulto, 853

Wilson Salgado Jr.
José Sebastião dos Santos

Capítulo 73 Protocolo Clínico e de Regulação para a Síndrome Obesogênica, 859

Jose Eduardo Dutra de Oliveira
Valeria Moro
Ana Célia Beltran de Souza
Luciana Rigotto Parada Redigolo
Susana Dutra de Oliveira Silveira
Ivanice Gelli Perin
Sonia Lenita Nacaratto Tiago

Capítulo 74 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Adulto com Prurido, 871

Cacilda da Silva Souza

Capítulo 75 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Diabetes Mellitus Descompensado no Adulto/Idoso, 885

José Carlos dos Santos

Capítulo 76 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem de Pacientes com Hematúria, 901

*João Sérgio de Carvalho Filho
Rodolfo Borges dos Reis*

Capítulo 77 Protocolo Clínico e de Regulação para Retenção Urinária Aguda em Adultos e Idosos, 909

*Antônio Antunes Rodrigues Júnior
Rodolfo Borges dos Reis*

Capítulo 78 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Paciente com Sintomas Urinários, 919

*Fernando Bellissimo-Rodrigues
André Peluso Nogueira
Valdes Roberto Bollela*

Capítulo 79 Protocolo Clínico e de Regulação para Rinossinusites, 933

*Rafael Pinz
Miguel Angelo Hyppolito*

Capítulo 80 Protocolo Clínico e de Regulação para as Faringotonsilites, 941

*Rafael Pinz
Miguel Angelo Hyppolito*

Capítulo 81 Protocolo Clínico e de Regulação para Otites, 947

*Rafael Pinz
Miguel Angelo Hyppolito*

Capítulo 82 Protocolo Clínico e de Regulação para Teste de Sensibilidade à Penicilina, 955

*Lis Aparecida Souza Neves
Luciana Rigotto Parada Redigolo
Maria Cristina Gentil Bellizzi Garcia
Vanda Marta Delloiagono Colicchio*

Capítulo 83 Protocolo Clínico e de Regulação para Asma, 965

*Luane Marques de Mello
Altacilio Nunes
Anderson Soares da Silva
Elcio O. Vianna*

Capítulo 84 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Paciente com Tosse, 981

*Luís Renato Alves
José Antônio Baddini Martinez*

Capítulo 85 Protocolo Clínico e de Regulação para Disfonia, 997

*Fabiana C. P. Valera
Daniel S. Küpper*

Capítulo 86 Protocolo Clínico e de Regulação para Apneia no Adulto, 1003*Fabiana C. P. Valera**Alan Eckeli**Heidi H. Sander**Daniel S. Kupper**Geruza A. Silva**Regina M. F. Fernandes***Capítulo 87 Protocolo Clínico e de Regulação para Dificuldade Visual em Adultos e Idosos, 1009***Jayter Silva de Paula**João Marcello Fortes Furtado**Fabiano Cade Jorge**Eduardo Melani Rocha**Luciane Loures dos Santos**Maria de Lourdes Veronese Rodrigues**Christine Mae Morello Abbud**José Sebastião dos Santos***Capítulo 88 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Olho Vermelho, 1019***Jayter Silva de Paula**Maria de Lourdes Veronese Rodrigues***Capítulo 89 Protocolo Clínico e de Regulação para os Principais Agravos em Odontologia na Atenção Básica, 1029***Ana M. J. Marques**Camila B. Martelli**Luiz R. C. Pires**Edson Alfredo**Marlivia Gonçalves de Carvalho Watanabe**Soraya Fernandes Mestriner**Wilson Mestriner Júnior**Suzie Aparecida de Lacerda***Capítulo 90 Protocolo Clínico e de Regulação para Atenção Básica às Urgências Traumáticas, Dolorosas e Hemorrágicas em Odontologia, 1039***Ana M. J. Marques**Camila B. Martelli**Luiz R. C. Pires**Edson Alfredo**Marlivia Gonçalves de Carvalho Watanabe**Soraya Fernandes Mestriner**Wilson Mestriner Júnior***Capítulo 91 Protocolo Clínico e de Regulação para Crises Epiléticas, 1047***Tissiana Marques de Haes**Millene Rodrigues Camilo**Roberto Satler Cetlin**Regina Maria França Fernandes**Octávio Marques Pontes-Neto*

Capítulo 92 Protocolo Clínico e de Regulação para Vertigem, 1057

Rafael Pinz

Miguel Angelo Hyppólito

Capítulo 93 Protocolo Clínico e de Regulação Médica para a Abordagem do Paciente em Estado Comatoso, 1063

Júlia Batista de Carvalho

Adriana de Freitas Lovalbo

Gerson Alves Pereira Júnior

Capítulo 94 Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo do Paciente em Condição Terminal, 1071

Thiago Lins Almeida

Zailton Bezerra Lima Junior

Fernanda Maris Peria

José Sebastião dos Santos

Capítulo 95 Protocolo Clínico e de Regulação para a Ideação Suicida, 1083

Alcion Sponholz Junior

João Mazzoncini de Azevedo Marques

Célia Mantovani Ferreira

Cybelli Morello Labate

Vinicius Guandalini Guapo

Maria Eugenia de Simone Brito dos Santos

Cristina Marta Del-Ben

Capítulo 96 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem e Tratamento do Fumante, 1089

Clésio Sousa Soares

Munir Moises

Antonio Ruffi no Netto

Aldaísa Cassanbo Foster

Maria Jose Bistafa Foster Pereira

José Antonio Baddini Martinez

Capítulo 97 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem à Farmacodependência, 1099

Maria Cristina Aiello Francelin

Emmanuel Nunes de Melo

Natália Priolli Jora

Leonardo Tosbiaki Borges Yoshimochi

Cristina Marta Del Bem

Capítulo 98 Protocolo Clínico e de Regulação para Adultos e Idosos sob Nutrição Enteral Domiciliar, 1119

Selma Freire de Carvalho da Cunha

Anna Carolina Miola

Cristiane Maria Mártires de Lima

Maria do Rosário Del Lama de Unamuno

Júlio Sérgio Marchini

Capítulo 99 Protocolo Clínico e de Regulação para Manejo das Feridas Crônicas, 1133

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti
Maria Helena Larcher Caliri

Capítulo 100 Protocolo Clínico e Regulatório para Manejo Domiciliar da Incontinência Urinária, 1147

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti
Andréa Mathes Faustino
Maria Helena Larcher Caliri

Parte IV Atenção à Saúde do Recém-nascido e da Criança, 1155**Capítulo 101 Protocolo Clínico e de Regulação para Cuidados Imediatos ao Recém-nascido de Parto Vaginal, 1157**

Eliana Motta Fernandes Sacramento

Capítulo 102 Protocolo Clínico e de Regulação para a Abordagem da Sibilância na Infância, 1167

Alessandra Kimie Matsuno
Juliana Cristina da Silva Castanheira

Capítulo 103 Protocolo Clínico e de Regulação para Crise de Asma em Crianças, 1183

Luciana Aparecida Rocha de Souza Albuquerque
Pérsio Rêxo Júnior
Virgínia Paes Leme Ferriani

Capítulo 104 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Criança com Pneumonia Adquirida na Comunidade, 1195

Bento Vidal de Moura Negrini

Capítulo 105 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem do Diabetes Mellitus Descompensado em Crianças, 1213

Rodrigo José Custodio
Regina M. A. Mattiello
Wagner A. dos Santos
Palmira Cupo

Capítulo 106 Protocolo Clínico e de Regulação para Dor Abdominal Aguda na Criança, 1223

Luís Donizeti da Silva Stracieri

Capítulo 107 Protocolo Clínico e de Regulação para Dor Abdominal Recorrente na Criança e Adolescente, 1233

Emanuele Alves Baltazar da Silveira
Ieda Regina Lopes Del Ciampo
Regina Sawamura
Maria Inez Machado Fernandes

Capítulo 108 Protocolo Clínico e de Regulação para Icterícia Colestática no Recém-Nascido e Lactente, 1243

Regina Sawamura

Maria Inez Machado Fernandes

Capítulo 109 Protocolo Clínico e de Regulação para Constipação Intestinal Crônica na Criança, 1251

Ieda Regina Lopes Del Ciampo

Regina Sawamura

Emmanuel Ap. Alves Baltazar Da Silveira

Maria Inez Machado Fernandes

Capítulo 110 Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Criança com Diarreia Aguda, 1263

Regina M. A. Mattiello

Rodrigo José Custódio

Wagner A. dos Santos

Palmira Cury

Capítulo 111 Protocolo Clínico e de Regulação para Crianças com Infecções Recorrentes, 1273

Pêrsio Rocco Júnior

Rosa Aparecida Ferreira

Capítulo 112 Protocolo Clínico e de Regulação para Traumatismo Cranioencefálico em Crianças, 1283

Marcelo Volpon Santos

Ricardo Santos de Oliveira

Índice, 1295

Protocolo Clínico e de Regulação para Ingestão de Corpo Estranho **44**

*Suzeidi Bernardo Castanheira
Gustavo de Assis Mota
Guilherme Viana Rosa
Rafael Kemp
José Sebastião dos Santos*

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os corpos estranhos (CE) impactados no trato digestório alto são a segunda causa de emergência endoscópica. Crianças, idosos, pacientes com deficiências mentais, com alteração do nível de consciência secundário ao uso de drogas e aqueles submetidos à gastroplastia redutora estão entre os principais grupos de risco. As crianças correspondem a 80% dos casos, sendo a maior incidência dos 6 meses até 3 anos de idade. Outro fator de risco é ingestão de alimentos como peixes e carnes com ossos.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Os corpos estranhos que são deglutidos, após transpor a hipofaringe e esôfago tendem a serem eliminados por via retal. Os locais onde podem ocorrer impacção são: esfíncter superior do esôfago, piloro, ângulo de Treitz, válvula ileocecal e ânus. Dos corpos estranhos ingeridos 80% a 90% são eliminados espontaneamente, mas 10% a 20% necessitam de intervenção endoscópica e 1% de cirurgia.

Os corpos estranhos são classificados em:

- a. Elementos cortantes (vidros/ossos);
- b. Elementos pontiagudos (agulhas/espinha de peixe);
- c. Elementos rombos (moedas/tampinha de garrafa);
- d. Elementos compridos e finos (chaves/canetas);
- e. Tóxicos (baterias/narcóticos);
- f. Não tóxicos (bolo alimentar).

Os objetos considerados de alto risco são os pontiagudos, tóxicos e de grandes dimensões (com medidas maiores que 2 cm de diâmetro/largura ou 5 cm de comprimento) e objetos que não progridem após 3 dias de observação.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

O paciente pode informar que fez ingestão do objeto e descrevê-lo. Se a localização do corpo estranho é na hipofaringe ou esôfago, a apresentação clínica poderá ser de disfagia ou odinofagia, sialorreia, dor localizada, engasgo tosse e sensação permanente do corpo estranho. Caso o CE esteja localizado no estômago ou duodeno, o quadro clínico pode variar desde ausência de sintomas até obstrução intestinal alta com vômitos de estase e dor abdominal tipo cólica.

Ao exame físico deve-se atentar para sinais de toxemia, enfisema subcutâneo, celulite cervical, irritação peritoneal, semiologia pulmonar alterada.

Os exames complementares de imagem (RX simples de tórax – PA e perfil – e abdome) são úteis nos casos de corpo estranho radiopaco. O exame radiológico com contraste de bário deve ser evitado, pois atrasa a investigação endoscópica, além de apresentar risco de broncoaspiração.

CENÁRIOS CLÍNICOS (Fluxograma 44-1)

Cenário I

Paciente com história de ingestão acidental de CE (espinha de peixe). Apresenta sensação de corpo estranho em orofaringe (tonsila) e dor à deglutição. Ao exame de oroscopia e visualização do corpo estranho em amígdala (tonsilas). Realizar manejo na unidade básica de saúde (UBS) ou unidade de pronto atendimento (UPA) – retirada com pinça de corpo estranho e retorno para reavaliação.

Cenário II

Paciente com história de ingestão de corpo estranho pontiagudo ou tóxico (baterias, pilhas, narcóticos) com queixas de odinofagia ou sensação de corpo estranho em região cervical. Tal situação representa emergência e o encaminhamento, após medidas de suporte, para hospital de referência com recursos de retirada endoscópica, via central de regulação de urgência/192, deve ser imediato. Se disponível na unidade de atendimento inicial, e não retardar a transferência do paciente é recomendável que se solicite radiografia de tórax e abdome para avaliação da posição do CE.

Cenário III

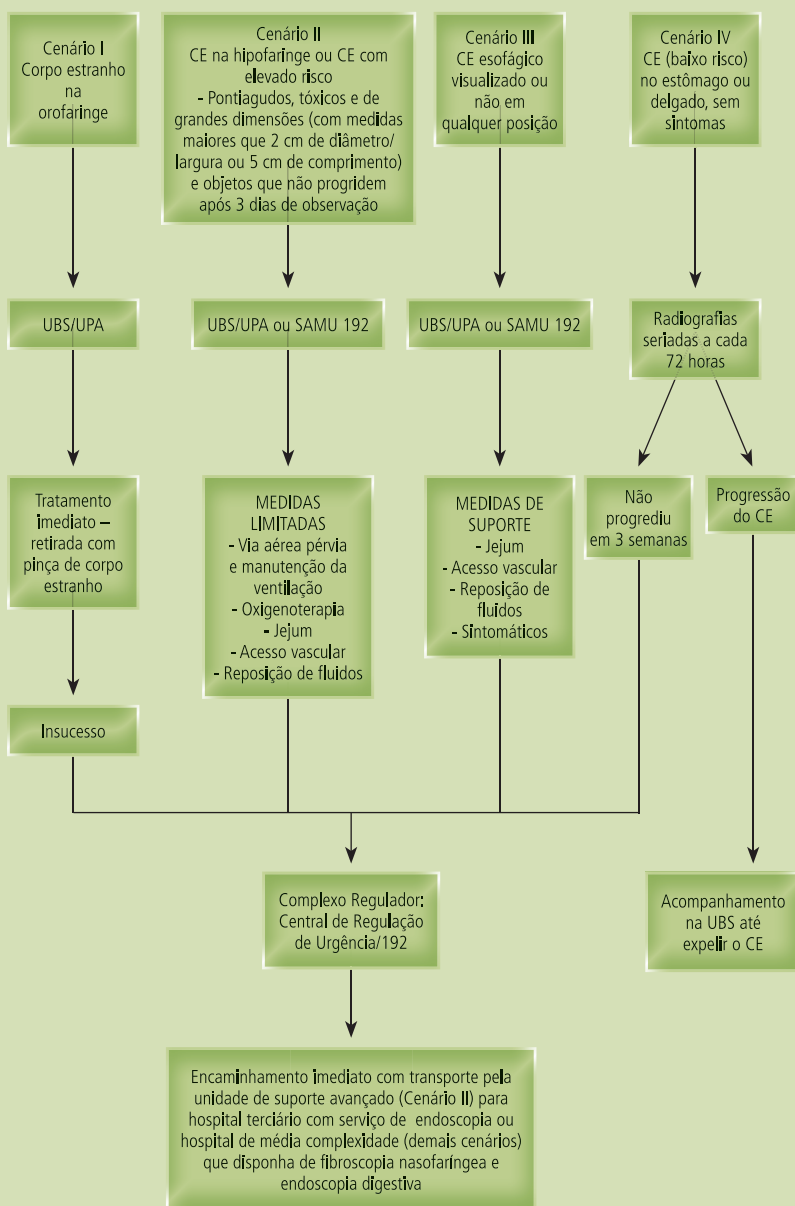
CE em posição esofágica. Paciente com sensação de corpo estranho na região cervical. Após oroscopia e radiografias de tórax e abdome não houve localização do corpo estranho ou visualiza-se em posição esofágica. Encaminhar o paciente para hospital terciário ou de média complexidade que disponha de fibroscopia nasofaríngea e endoscopia digestiva. Pacientes com sialorreia intensa devem ser referenciados em caráter de urgência via central de regulação de urgência/192.

Cenário IV

Paciente com história de ingestão de corpo estranho de baixo risco (moeda). A radiografia de tórax demonstra objeto metálico em região de epigástrio. Realizar radiografias de controle a cada 72 horas e se não houver progressão em 3 semanas regular para hospital de média complexidade que disponha de endoscopia digestiva alta e serviço de cirurgia digestiva.

BIBLIOGRAFIA

- Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am.* 1991;20(4):691-701. Review.
- Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA. Guideline for the management of ingested foreign bodies. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2002;55(7):802-6.
- Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign bodies. *Radiographics.* 2003;23(3):731-57.
- Ribeiro LT. Corpo estranho. In: Cordeiro FTM, Magalhães AFM, Prolla JC, Quilicci FA, editores. *Endoscopia digestiva.* 3a ed. Rio de Janeiro: SOBED Medsi; 2000. p. 104-18.



Fluxograma 44-1 Abordagem do paciente adulto ou criança com história de ingestão de corpo estranho. (CE - Corpo Estranho, UBS - Unidade Básica de Saúde, UPA - Unidade de Pronto Atendimento, SAMU/192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Protocolo Clínico e de Regulação para a Parada Cardiorrespiratória no Adulto e Idoso

47

Marcelo Lourencini Puga
Wilson José Lovato

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos e ausência de respiração. Sua incidência aumenta com o passar dos anos, principalmente a partir dos 30 anos. É mais frequente no sexo masculino e em pacientes com fatores de risco para doença coronariana.

Trata-se de situação dramática que, mesmo conduzida de forma ideal, é responsável por elevada mortalidade. Por isso o reconhecimento e o atendimento da PCR são prioritários para qualquer profissional da saúde, independente de sua especialidade.

O reconhecimento imediato da PCR, bem como a determinação da gravidade da situação, permite que prontamente sejam iniciadas manobras de reanimação, pois dessa forma tenta-se minimizar a deterioração neurológica, bem como de outros órgãos nobres.

Neste contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), assumem papel de destaque, pois destinam-se a assistir pacientes com as mais diversas condições de saúde/doença, além das mais variadas formas de apresentação clínica. As UBSs/UPAs são locais da rede assistencial que atendem vítimas de PCR, portanto a equipe médica que presta serviços nesses locais precisa estar apta e familiarizada com o manejo dos pacientes vítimas de PCR.

Ao abordar um paciente em PCR, a equipe médica depara-se muitas vezes com a falta de informações sobre histórico, doenças predisponentes ou motivo da ocorrência. Isto coloca em evidência a necessidade de agilidade,

organização e preparo técnico da equipe, que deve desempenhar ações imediatas e sincronizadas.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Em adultos, a doença coronária é a principal causa de PCR.

O atendimento deve seguir as recomendações da diretriz da American Heart Association (AHA), com o objetivo primordial de identificar e tratar a causa da PCR, juntamente com esforços para reversão do quadro e, assim que possível, o paciente seja transportado para serviço referenciado.

Independentemente do contexto ou circunstâncias da ocorrência da PCR, a condução do atendimento deve seguir de forma sequencial, a saber:

- a. reconhecimento da PCR, com desencadeamento do sistema de urgência;
- b. suporte básico de vida (SBV) (manobras de ressuscitação cardiopulmonar [RCP]);
- c. rápida desfibrilação;
- d. suporte avançado de vida (SAV);
- e. cuidados pós-PCR, incluindo o transporte do paciente.

Reconhecimento da PCR

A abordagem de vítimas com provável PCR inicia-se com detecção de inconsciência associada à ausência de respiração ou respiração alterada (*gaspings*) e, no caso de profissionais da saúde, a ausência de pulsos centrais. Com a constatação da PCR solicita-se ajuda e iniciam-se os procedimentos adequados.

O conjunto compressão torácica-ventilação denominado de manobras de ressuscitação cardiopulmonar, independente da presença de um ou mais socorristas, deve ser sincronizado em 30 compressões para duas ventilações (30:2).

Para que a RCP seja eficiente, a vítima deve estar em decúbito dorsal sobre uma superfície dura, firme e plana. Se a vítima estiver em decúbito lateral ou ventral, deve ser virada em bloco de modo que cabeça, pescoço e ombros movam-se simultaneamente, com o socorrista se colocando ao nível dos ombros da vítima, salvo em gestantes, situação em que recomenda-se a colocação de um coxim sob o flanco direito, com a intenção de mantê-la com discreto decúbito lateral esquerdo.

Suporte básico de vida – manobras de ressuscitação cardiopulmonar

Constitui um conjunto de procedimentos de emergência a serem executados por profissionais da área da saúde ou por leigos treinados. Essa abordagem enfatiza a pronta RCP e a desfibrilação, não incluindo intervenções avançadas.

A RCP, que era representada pela sequência ABC (vias aéreas, respiração, compressões torácicas), com a nova diretriz da AHA 2010, passa para CAB (compressões torácicas, via aérea, respiração), sob a argumentação de que a maioria dos casos de PCR ocorre em adultos e as taxas mais altas de sobrevivência à PCR envolvem pacientes de todas as faixas etárias cuja PCR foi presenciada por outras pessoas, com ritmo inicial de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Nesses pacientes, os elementos iniciais críticos são as compressões torácicas e a desfibrilação precoce.

Na sequência ABC, as compressões torácicas muitas vezes são retardadas enquanto o socorrista abre a via aérea para aplicar respiração ou reúne e monta o equipamento de ventilação. Com a alteração da sequência para CAB, as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo e o atraso na ventilação será mínimo. Dessa forma, fica abolida a manobra do *ver, ouvir e sentir*.

Após a aplicação de 30 compressões, o socorrista que atuar sozinho deverá abrir a via aérea da vítima e aplicar duas ventilações. Com a nova sequência “compressões torácicas primeiro”, a RCP será executada se o adulto não estiver respondendo nem respirando, ou não respirando normalmente (*gasp*ing).

A checagem de pulsos é fundamental, e não deve exceder o intervalo de 10 segundos; na ausência destes, ou em caso de dúvida da sua presença, define-se a situação de PCR, iniciando-se a RCP, até a disponibilidade do desfibrilador.

COMPRESSÕES TORÁCICAS

Na PCR estabelecida, devem-se iniciar as compressões torácicas externas (massagem cardíaca externa) com uma frequência de, no mínimo, 100 vezes no minuto.

Para maior eficiência das compressões e menor incidência de complicações, os seguintes detalhes são observados:

- a. as mãos devem ser colocadas no meio do tórax, no ponto em que a linha intermamilar cruza com o esterno. Apoiando-se com a região das eminências tenar e hipotenar de uma das mãos, colocar uma sobre a outra, evitando encostar os dedos no tórax do paciente para não fraturar os arcos costais;
- b. a pressão deve ser exercida com a ajuda do peso do corpo, o que proporciona uma depressão do esterno de no mínimo 5 cm;
- c. os braços do reanimador devem ser mantidos estendidos, mantendo-se uma pressão perpendicular sobre o tórax do paciente;
- d. uma vez posicionadas, as mãos não devem ser afastadas do tórax ou mudadas de posição;
- e. deve-se permitir o retorno completo do tórax a cada compressão.

ABERTURA DE VIA AÉREA

- Alinhamento da cabeça com o tronco.

- Extensão da cabeça e elevação do queixo.*
- Elevação da mandíbula.

RESPIRAÇÃO

De acordo com as novas recomendações da diretriz da AHA 2010, duas ventilações serão aplicadas, rapidamente, com as vias aéreas abertas após 30 compressões torácicas.

Desfibrilação rápida

Com a disponibilidade do desfibrilador, a monitoração deve ser feita, inicialmente, com as duas pás do aparelho, o que permite a desfibrilação ou cardioversão imediatas, quando indicadas.

O reconhecimento do ritmo da PCR é fundamental, pois a distinção entre ritmos chocáveis ou não chocáveis é fundamental. No SAV, a identificação do ritmo cardíaco é feita por meio das pás do desfibrilador, e não pela interpretação do aparelho, como é no caso do desfibrilador elétrico automático (DEA), poupando tempo durante o atendimento por permitir a rápida desfibrilação, quando indicada.

Após a determinação do ritmo pelo desfibrilador, haverá ou não a indicação de desfibrilação. Quando indicado, o choque inicial deve ser de 360 J (monofásico) ou na energia máxima equivalente nos aparelhos bifásicos (entre 120 e 200 J). Imediatamente após o choque, devem ser reiniciadas as manobras de RCP por 2 minutos ou 5 ciclos, quando se checka novamente o ritmo. Havendo mudança do ritmo, determinar se há ou não necessidade de novo choque ou de reiniciar manobras de RCP. Não havendo indicação de choque, checkar o pulso e, em caso de ausência, reiniciar a RCP. A pressão utilizada nas pás do desfibrilador deve ser de aproximadamente 13 kg.

Suporte avançado de vida

É realizado após o SBV quando há necessidade de técnicas invasivas mais avançadas de avaliação e de tratamento. Deve ser feito por médicos ou profissionais treinados. A obtenção de via aérea avançada pode incluir o combitube, a máscara laríngea ou a intubação endotraqueal.

As intervenções circulatórias avançadas referem-se ao emprego de medicamentos para o controle do ritmo cardíaco e da pressão arterial.

O componente importante dessa avaliação é o diagnóstico diferencial, em que a identificação e o tratamento das causas de base podem ser definitivos para a evolução do paciente.

ESTABELECEER VIA AÉREA DEFINITIVA

Iniciado o SAV, deve-se proceder à intubação oro ou nasotraqueal. Ela permite, além de uma adequada ventilação e proteção das vias aéreas, a administração de alguns dos medicamentos.

VENTILAÇÃO

Após a intubação, a posição do tubo dentro da traqueia deve ser testada.

Há que se ressaltar que, durante todo o procedimento de aplicação de manobras de RCP, não se utiliza o ventilador mecânico. A insuflação do ambu deve ser da ordem de 6 a 8 ml/kg de peso.

CIRCULAÇÃO (ACESSO VENOSO E MONITORAMENTO)

Se o paciente não dispuser de um acesso venoso previamente à PCR, deve-se obtê-lo rapidamente, preferencialmente periférico e nos membros superiores (veia antecubital), e este procedimento não deve interferir na RCP ou nas desfibrilações. Em crianças menores que 6 anos, quando não se consegue acesso venoso periférico, a via intraóssea (IO) é a alternativa de escolha. Caso não seja possível a sua implantação, a injeção imediata de medicamentos específicos (naloxona, adrenalina, lidocaína e atropina) pode ser feita através do tubo endotraqueal, seguida de três a quatro ventilações amplas. Nessa situação, deve-se utilizar o dobro da dose preconizada no uso intravenoso (IV) e sempre lavar o tubo com 10 ml de solução salina para ajudar a difundir mais o medicamento.

Cuidados pós-PCR e transporte do paciente

Após a reversão da PCR, alguns cuidados tornam-se necessários para impedir a deterioração do estado da vítima e possibilitar a melhor condição possível para sua recuperação. Assim, os principais objetivos são:

- otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais;
- transportar/transferir para hospital apropriado;
- identificar e tratar causas potencialmente reversíveis;
- prever, tratar e prevenir a disfunção de múltiplos órgãos, o que inclui evitar ventilação excessiva e hiperóxia.

ABORDAGEM DO PACIENTE COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA UBS/UPA (Fluxograma 47-1)

NOTA: Caso haja contato telefônico por leigo com a central de regulação de urgência/192, orientar massagem cardíaca até a chegada da equipe de SAV.

Cenário I – Paciente com parada respiratória

Apesar de tratar-se de um caso de parada respiratória, a diretriz da AHA 2010 recomenda que a condução inicial seja feita com compressões torácicas. Na abordagem inicial, havendo presença de pulsos, é permitido ao socorrista realizar checagem de permeabilidade de vias aéreas.

Assim que possível, providenciar via aérea definitiva e conduzir o transporte.

Cenário II – Paciente com parada cardiorrespiratória

CENÁRIO IIA: PACIENTE COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM FIBRILAÇÃO VENTRICULAR E TAQUICARDIA VENTRICULAR (FV/TV) SEM PULSO

Após confirmação, pela irresponsividade, de apneia ou *gaspings* e ausência de pulso, solicitar desfibrilador e iniciar o SBV com a RCP. Com a disponibilidade do desfibrilador, checa-se o ritmo e, identificada a FV/TV sem pulso, por serem ritmos passíveis de tratamento com choque, está indicada a desfibrilação.

Após o choque reiniciar o ciclo de RCP por 2 minutos e então checar o ritmo novamente. Em se mantendo o ritmo prévio, novo choque é deflagrado. Caso ocorram organização do ritmo e retorno do pulso, terminar a sequência de avaliação e realizar a estabilização para possível transferência.

Não havendo reorganização do ritmo, no segundo ciclo de 2 minutos após a utilização do desfibrilador, já está recomendada a utilização de drogas vasopressoras (Tabela 47-1). A droga indicada, de primeira escolha, é a adrenalina (1 mg por via intravenosa [IV]) e esta deve ser administrada sempre que possível logo após a checagem do ritmo. Em se mantendo o quadro, no ciclo seguinte (2 minutos) está indicada a utilização de drogas antiarrítmicas como a amiodarona (300 mg IV/IO) como primeira escolha ou lidocaína (1 a 1,5 mg/kg IV/IO, até dose máxima de 3 mg/kg) como segunda escolha. Neste momento, ocorrendo reversão do quadro com organização do ritmo, instala-se dose de manutenção do antiarrítmico amiodarona em 1 mg/min por 6 horas e 0,5 mg/min nas próximas 18 horas, ou lidocaína de 0,5 a 0,75 mg/kg IV ou IO (Tabela 47-1).

Também pode utilizar o sulfato de magnésio para a reversão de arritmia quando hipomagnesemia for documentada ou na *torsades de pointes*; a dose é de 1-2 g por via endovenosa (EV) em *bolus*.

FV e TV sem pulso são responsáveis por 80%-90% das paradas cardíacas não traumáticas em adultos. Quando a checagem aponta para estes ritmos, o socorrista deve realizar RCP até que o desfibrilador esteja carregado e todos estejam afastados para efetuar o disparo do choque.

TABELA 47-1 Tabela de medicações utilizadas na parada cardiorrespiratória

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	DOSE INICIAL	DOSE MÁXIMA
Adrenalina	Ampolas 1 mg	1 mg cada 3-5 minutos	Indeterminada
Vasopressina	20 UI/ml	40 UI	40-80 UI
Amiodarona	Ampolas 150 mg	5 mg/kg de peso (300 mg)	7,5 mg/kg de peso
Lidocaína	1% (1 ml = 10 mg) 2% (1 ml = 20 mg)	1,0-1,5 mg/kg de peso	3 mg/kg de peso
Sulfato de magnésio	10% (10ml = 1 g) 20% (20ml = 2 g) 50% (10ml = 5 g)	1-2 g	0,5-1 g/h

CENÁRIO IIB: PACIENTE COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP)

Na PCR, em que durante a utilização do desfibrilador, constata-se uma AESP, e tratando-se de ritmo sem indicação para o choque, prossegue-se com as compressões torácicas sincronizadas com ventilação por bolsa-válvula-máscara na relação de 30:2 até o estabelecimento de uma via aérea definitiva. Então, segue-se com o mínimo de 100 compressões torácicas e 8-10 ventilações por minuto, sem necessidade de sincronização.

A primeira droga empregada é a adrenalina (1 mg EV/IO), podendo repetir a cada 3-5 minutos; vasopressina (40 U EV/IO) pode substituir a primeira ou segunda dose da adrenalina. Se AESP lenta, deve-se considerar o uso de atropina (1 mg EV/IO), podendo repetir a cada 3-5 minutos (até três doses).

É fundamental a coleta de informações com os familiares ou informantes disponíveis, buscando possíveis causas, que servirão tanto para ritmo de AESP, quanto assistolia (Tabela 47-2).

Após o término de cada ciclo de 2 minutos, checka-se o pulso e, se ausente, reinicia-se o ciclo. Se presente, estabilizar o paciente, tanto o estado hemodi-

TABELA 47-2 Causas de atividade elétrica sem pulso e assistolia

6 Hs	5 Ts
Hipovolemia	Toxinas
Hipóxia	Tamponamento cardíaco
Hidrogênio (acidose)	Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo)
Hiper/Hipopotassemia	Trombose (coronariana ou pulmonar)
Hipoglicemia	Trauma
Hipotermia	

nâmico (volemia, pressão arterial, frequência cardíaca, controle de arritmias), quanto o quadro respiratório com a adequada oxigenação. Uma vez estabilizado, solicita-se transferência via regulação médica, que será realizada por uma unidade de suporte avançado (USA) para o serviço de referência.

Pacientes que apresentam PCR em AESP/assistolia têm desfechos pouco favoráveis. A pronta avaliação com o tratamento preciso e a identificação de causas oferecem as melhores probabilidades de sucesso, uma vez que muitas causas são reversíveis.

CENÁRIO IIC: PACIENTE COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ASSISTOLIA

Após confirmação de PCR em assistolia, realiza-se uma certificação de que não há nenhum problema com os equipamentos utilizados para não cometer erros e então reinicia-se a RCP. Com acesso venoso estabelecido, administra-se 1 mg de adrenalina IV/IO.

Assim como nos casos de PCR em AESP, devem-se buscar causas potencialmente reversíveis do evento (Tabela 47-2); após cinco ciclos de RCP e checagem de ritmo e pulsos, se constatada manutenção do ritmo, iniciam-se drogas vasopressoras e continua-se a RCP. Ao término de mais cinco ciclos, avaliam-se novamente o ritmo e os pulsos. No caso de haver uma bradicardia, **não** está mais indicada administração de atropina (1 mg IV), como nas recomendações anteriores.

No paciente que apresenta retorno do ritmo e de pulsos são realizadas, então, a intubação orotraqueal e todas as medidas necessárias para sua estabilização. Na sequência faz-se o encaminhamento, via Central de Regulação Médica, para serviço de referência, preferencialmente por meio de uma USA.

CONDIÇÕES ASSOCIADAS À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Existem algumas condições especiais que, quando presentes em associação a uma PCR, merecem atenção por suas particularidades.

PCR no trauma

A PCR associada ao trauma pode ter várias causas, com prognóstico e formas de abordagem também variadas. Muitas vezes não se consegue determinar o mecanismo que originou essa urgência, portanto alguns critérios devem ser sempre seguidos: 1) tentar sempre reanimar um paciente que tenha sofrido trauma, com arritmia cardíaca primária; 2) direcionar o tratamento para as lesões potencialmente reversíveis e associadas a condições que afetam a ventila-

ção, a oxigenação ou o débito cardíaco; 3) transportar rapidamente o paciente para um centro de tratamento definitivo de trauma; 4) reaquecer o paciente que tenha sofrido PCR como consequência de hipotermia.

PCR na gestante

Os procedimentos, medidas de reanimação, incluindo os medicamentos, são os habitualmente utilizados. Entretanto, pela presença de um útero gravídico, algumas medidas são necessárias para reduzir os seus efeitos no retorno venoso e no débito cardíaco. Assim, aconselha-se colocar um travesseiro ou um coxim sob o flanco direito e quadril direito a fim de deslocar o útero para o lado esquerdo do abdômen.

PCR na intoxicação exógena

Os procedimentos, medidas de reanimação, incluindo os medicamentos, são os habitualmente utilizados, independente da modalidade da PCR.

PCR no choque elétrico

Os pacientes devem ser abordados levando-se em conta todas as particularidades do paciente traumatizado.

Quando um indivíduo sofre choque elétrico, pode apresentar contratura muscular que o impede de retirar o ponto de contato de seu corpo com a fonte de energia elétrica. Nesse caso, o indivíduo que irá resgatar essa vítima deve tomar o cuidado de providenciar a interrupção de funcionamento dessa fonte de energia elétrica.

PCR no afogamento

Deve ser abordado levando-se em conta todas as particularidades do paciente traumatizado, e a única regra diferente diz respeito à reposição volêmica, que deve seguir a proporção 3:2. O atendimento inicial no local é o mesmo, independentemente de ter acontecido em água de mar, rio, lago ou piscina.

Sempre se deve considerar a possibilidade de lesão cervical nestes casos. O atendimento inicial na água só deve ser feito por pessoas especializadas e treinadas para estes procedimentos, incluindo as técnicas de mergulho. O paciente afogado deve ser manipulado em bloco, conforme orientação do SBV. As manobras são similares às do suporte básico no trauma e o suporte avançado segue as normas gerais do trauma.

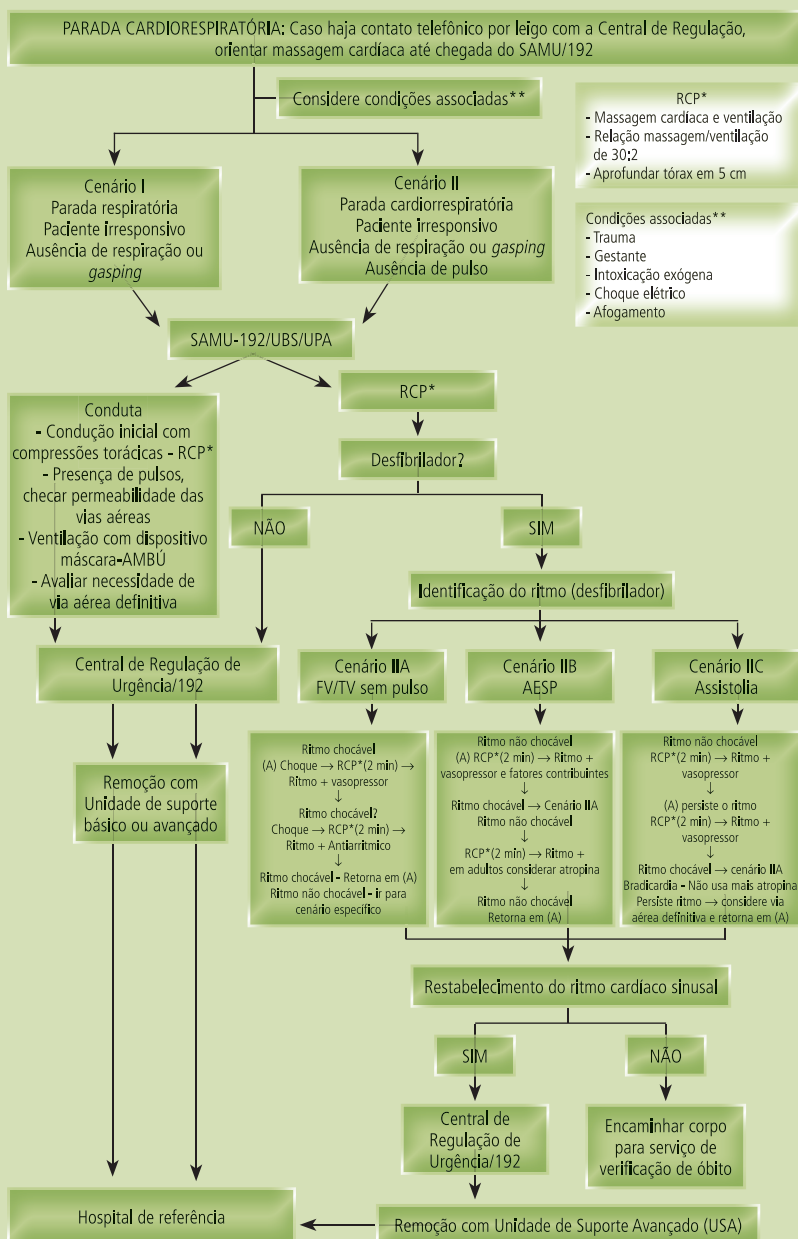
PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES NA DIRETRIZ DA AMERICAN HEART ASSOCIATION - 2010

- foram feitos refinamentos nas recomendações para o reconhecimento e o acionamento imediatos do serviço de urgência, com base nos sinais de que a vítima não responde, não apresenta respiração ou apresenta respiração anormal (isto é, apenas *gasping*) para o início da RCP;
- o procedimento “Ver, ouvir e sentir se há respiração” foi removido do fluxograma;
- tem-se dado ênfase permanente a RCP de alta qualidade (com frequência e profundidade de compressão torácica adequada, permitindo retorno total do tórax após cada compressão, minimizando interrupções nas compressões e evitando ventilação excessiva);
- houve uma alteração na sequência recomendada para o socorrista que atua sozinho para que ele inicie as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (CAB, em vez de ABC). O socorrista que atua sozinho deve iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, para reduzir a demora na aplicação da primeira compressão;
- a frequência de compressão deve ser, no mínimo, de 100/minuto (em vez de *aproximadamente* 100/minuto);
- a profundidade de compressão, em adultos, foi alterada da faixa de 1,5 a 2 polegadas para, no mínimo, 2 polegadas (5 cm);
- não se emprega mais a atropina nos casos de bradicardia.

BIBLIOGRAFIA

- American Heart Association. Aspectos mais relevantes das diretrizes da *American Heart Association* sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência. *Currents Emerg Cardiovasc Care*. 2005/2006;16(4):27.
- Barbosa FT. Parada cardíaca. In: Barbosa FT, editor. Medo de anestesia? Por quê? Alagoas: Edufal; 2005. p. 127-32.
- Feitosa-Filho GS. Reanimação cardiopulmonar e suporte cardíaco avançado de vida. In: Mansur AP, Ramires JAF. Rotinas ilustradas da unidade clínica de emergência do Instituto do Coração. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 23-9.
- Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2010;122(18 suppl):S640-56.
- Gonzalez MMC, Born D, Timmerman A. Suporte Avançado de Vida no adulto. In: Stefanini E, Serrano Junior CV, Timmerman A (Org). Tratado de Cardiologia Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2 ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2008, v. 2, p. 1712-1722.
- Guimarães HP, Lopes RD, Costa MPF. Suporte básico de vida. In: Guimarães HP, Lopes RD, Lopes AC, editores. Parada cardiorrespiratória. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 7-37.
- Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, Böttiger BW, Bossaert L, Caen AR, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2010;122(suppl 2):S250-75.

- International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*. 2005;112:III1-III136.
- Khalid U, Juma AAM. Paradigm shift: 'ABC' to 'CAB' for cardiac arrests. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2010;15(18):59.
- Kilgannon JH, Jones AE, Shapiro NI, et al. Association between arterial hyperoxia following resuscitation from cardiac arrest and in-hospital mortality. *JAMA*. 2010;303:2165-71.
- Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA*. 1960;173:1064-7.
- Scanlon PJ, Faxon DP, Audet AM, Carabello B, Dehmer GJ, Eagle KA, et al. ACC/AHA guidelines for coronary angiography: executive summary and recommendations. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Coronary Angiography) developed in collaboration with the Society for Cardiac Angiography and Interventions. *Circulation*. 1999;99(17):2345-57.
- Surawicz B, Childers R, Deal BJ, Gettes LS. AHA/CCF/HRS Recommendations for the Standardization and Interpretation of the Electrocardiogram: Part III: Intraventricular Conduction Disturbances. A Scientific Statement From the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society: *Endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology*. *Circulation*. 2009;119(10):e235-40.
- Timerman S, Quilici AP, Garcia AM, Gonzalez MMC. Passado, presente e futuro: a história da ressuscitação no mundo e no Brasil. In: Timerman S, Gonzáles MMC, Ramirez JAF. *Ressuscita  o e emergências cardiovasculares*. Barueri: Manole; 2007. p. 7-27.
- Winters ME. Circulation assessment and suport. In: Adams JG, editor. *Emergency medicine*. Philadelphia, PA: Elsevier; 2008. p. 39-53.



Fluxograma 47-1 Abordagem do paciente com parada cardiorrespiratória na UBS/UPA. UBS: Unidade Básica de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar; AESP: Atividade Elétrica sem Pulso; FV/TV: Fibrilação Ventricular/Taquicardia Ventricular.

Protocolo Clínico e de Regulação para Litíase Biliar e suas Complicações 66

*Wilson Salgado Jr
José Sebastião dos Santos*

INTRODUÇÃO

A colelitíase é uma doença de elevada prevalência. Estima-se que em torno de 10% a 15% da população dos Estados Unidos da América (25 milhões de habitantes) seja portadora dessa doença. Estudos de necropsia no Brasil apontam que 9,1% a 19,4% da população com mais de 20 anos possui colelitíase.

A maioria dos portadores de colelitíase é assintomática e espera-se que 20% desses pacientes apresentem sintomas biliares típicos ao longo da vida e 1% a 2% evoluam com alguma complicação da doença a cada ano.

A etiologia da colelitíase é múltipla e envolve fatores genéticos, ambientais, obesidade, perda de peso, doenças específicas da vesícula biliar e alterações na composição da bile. É muito mais frequente nas mulheres.

Com o advento da laparoscopia, a colecistectomia passou a ser o procedimento cirúrgico eletivo do abdome mais realizado nos Estados Unidos, com aproximadamente 750 mil cirurgias por ano, devido à grande incidência da doença, às baixas morbidade e mortalidade cirúrgica e também ao grande receio do surgimento de complicações.

Hoje é consenso que a colelitíase sintomática possui indicação cirúrgica, desde que o paciente não possua contraindicação clínica para ser operado. No entanto não existem estudos comparando colecistectomia *versus* não colecistectomia em doentes com litíase vesicular assintomática, portanto há grande controvérsia e diferentes condutas. Existem, no entanto, algumas recomenda-

ções para que se operem alguns grupos específicos de doentes portadores de colelitíase assintomática, tais como:

- pacientes imunossuprimidos;
- portadores de vesícula em porcelana;
- pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;
- pacientes com doença hemolítica crônica;
- moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;
- pacientes muito jovens;
- portadores de cálculos muito grandes ($> 2,5$ cm) ou muito pequenos ($< 0,5$ cm);
- pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome.

CENÁRIOS CLÍNICOS (Fluxograma 66-1)

Cenário I

COLELITÍASE ASSINTOMÁTICA

- Achado casual de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Ausência de dor biliar típica (ver descrição adiante).
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Toda dor abdominal merece atenção, mas o médico deve ser cauteloso ao atribuir à colelitíase as queixas abdominais. Há diversas causas de dor abdominal, desde alterações funcionais simples a até muito frequentes, bem como doenças mais graves. Os sinais e sintomas de alerta como natureza, localização, intensidade, frequência e fatores de melhora ou piora da dor, perda de peso, sangramento nas fezes, anemia, disfagia, antecedentes de neoplasia, entre outros, podem nortear a investigação diagnóstica e a conduta.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase assintomática pode ser acompanhado clinicamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde que muito bem orientado quanto a possíveis sintomas e complicações e quanto à necessidade de procurar assistência médica nesses casos. Aos pacientes imunossuprimidos (transplantados, diabéticos), portadores de doença hemolítica, vesícula em porcelana (achado ultrassonográfico), muito jovens, com pedras $> 2,5$ cm ou $< 0,5$ cm ou cálculos associados a pólipos ≥ 1 cm, ou com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo, recomenda-se encaminhamento para serviço de cirurgia.

Cenário II

COLELITÍASE SINTOMÁTICA SEM COMPLICAÇÕES

- Presença de colelitíase em exame de imagem do abdômen.
- Presença de dor biliar típica. Esta dor, apesar de ser conhecida como cólica, na verdade não se enquadra nesse tipo, uma vez que cólica representa uma dor intermitente, alternando em questão de segundos ou poucos minutos uma forte intensidade com momentos de intensidade menor ou até mesmo ausência de dor. Já a dor biliar é espástica, progressivamente mais intensa, que dura vários minutos e na maioria das vezes até horas para que seja aliviada espontaneamente ou mesmo com medicamentos. As localizações típicas são o hipocôndrio direito, o epigastro e a região dorsal direita. Menos frequentemente a dor pode surgir no flanco direito ou hipocôndrio esquerdo. Dores em outras localizações sugerem outros diagnósticos diferenciais. A dor pode estar associada à ingestão de alimentos gordurosos (20 a 40 minutos após) e normalmente não tem relação com o hábito intestinal. Geralmente vem acompanhada de náuseas e vômitos.
- Ausência de sinais e sintomas de complicação.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O paciente portador de colelitíase sintomática sem complicações, após a melhora clínica do sintoma da dor, deve ser orientado a abolir alimentos gordurosos e posteriormente ser encaminhado para tratamento cirúrgico de forma eletiva. De acordo com as características clínicas do paciente, o mesmo poderá ser encaminhado para serviço de cirurgia ambulatorial ou então para hospital terciário.

Protocolo de Encaminhamento de Pacientes com Colelitíase

A) Elegibilidade – São elegíveis para tratamento cirúrgico em regime ambulatorial os pacientes que:

- tiverem idade superior a 18 anos e inferior a 70 anos; classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 ou 2 (Tabela 66-1);
- apresentarem o diagnóstico de colelitíase por meio de ultrassom de abdômen (obs.: devem ser levados o laudo e as fotografias do exame no dia da consulta);
- não apresentaram sinais de complicação: pancreatite, colecistite aguda ou coledocolitíase;
- índice de massa corporal (IMC) $< 35 \text{ kg/m}^2$ e $> 18 \text{ kg/m}^2$, sendo $\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura(metros)}^2 \times \text{altura (metros)}$;
- forem sintomáticos ou, nos casos assintomáticos, se forem jovens ou com alguma imunossupressão;

- não apresentarem critérios de exclusão;
 - desejarem tratamento cirúrgico.
- B) Critérios de Exclusão para cirurgia em regime ambulatorial:
- idade > 70 anos;
 - icterícia em qualquer fase da doença;
 - sinais clínicos ou ultrassonográficos de colecistite aguda;
 - achado ultrassonográfico de vesícula escleroatrófica (diminuída de tamanho) ou de vesícula com parede espessada;
 - achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares;
 - quadro infeccioso vigente (pneumonia, infecção urinária ou outro);
 - alteração dos valores de bilirrubinas e/ou fosfatase alcalina;
 - tabagismo nos últimos 30 dias;
 - não desejarem tratamento cirúrgico;
 - não se enquadrarem nos critérios clinicossociais pré-operatórios para cirurgia ambulatorial (*ver critérios clinicossociais de inclusão no programa de cirurgia*).
- C) Exames pré-operatórios específicos:
- Bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama-glutamilttransferase (GGT).
 - Ultrassom de abdome superior.

Os pacientes que serão encaminhados para cirurgia ambulatorial deverão trazer, no dia da consulta, os exames de acordo com os protocolos específicos de cada serviço. Segue, como exemplo, o Protocolo de Exames Recomendados pelo Hospital Estadual de Ribeirão Preto-SP.

TABELA 66-1 Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA)

ASA	DESCRIÇÃO
1	Paciente saudável
2	Doença sistêmica moderada, sem limitação das funções vitais
3	Doença sistêmica grave, com funções vitais comprometidas
4	Doença sistêmica grave com ameaça à vida
5	Paciente moribundo, morte esperada nas próximas 24 h com ou sem intervenção cirúrgica
6	Paciente em morte encefálica, possível doador de órgãos
E	Em cirurgias de emergência acrescentar o E ao número

Fonte: ASA Physical Status Classification System <http://www.asahq.org>

Exames Complementares Pré-operatórios (Adultos)

Hospital Estadual de Ribeirão Preto-SP

A) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade < 50 anos

- Nenhum exame complementar

- B) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA -1), idade > 50 anos
 - Eletrocardiograma
 - Hemograma completo
- C) Paciente hipertenso
 - Eletrocardiograma
 - Creatinina
- D) Paciente diabético
 - Eletrocardiograma
 - Glicemia de jejum
 - Creatinina
- E) Paciente com suspeita de distúrbio de coagulação ou uso de medicação anticoagulante, incluindo aspirina
 - Testes de coagulação (razão normalizada internacional/tempo de protrombina [INR/TP], tempo parcial de tromboplastina ativada [TTPA])
 - Hemograma completo
- F) Paciente com suspeita de doença cardiovascular ou diagnóstico de cardiopatia prévia
 - Eletrocardiograma
 - Teste de esforço
 - Risco cardiológico pré-operatório
- G) Paciente em uso de diuréticos
 - Creatinina
 - Sódio e potássio
- H) Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia recente, sintomas respiratórios recentes
 - Radiografia de tórax (incidências posteroanterior [PA] e perfil)

Nos casos em que o paciente não se enquadrar para tratamento cirúrgico ambulatorial, o mesmo deve ser referenciado para um hospital terciário.

Cenário III

COLECISTITE AGUDA

- A dor passa a ser mais intensa e duradoura (mais que 6 horas).
- A principal característica clínica é a defesa ao exame abdominal no hipocôndrio direito e/ou epigastro, tanto à palpação quanto à percussão. Caracteriza-se como um peritonismo localizado nessa região.
- Podem ou não estar presentes: febre, taquicardia.
- O hemograma, caso tenha sido realizado, pode evidenciar leucocitose.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.

- Analgesia.
- Ligar para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)/192 para referenciar o paciente para hospital.

Cenário IV

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA SEM FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal.
- Ausência de febre, queda do estado geral, ou outros sinais de infecção.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Se paciente não está apresentando vômitos de repetição, deve ser encaminhado para o serviço de cirurgia de um hospital terciário, de forma mais rápida, sendo colocada na referência médica uma observação de que existe necessidade de prioridade alta (cerca de duas semanas) para o atendimento.
- Orientar hidratação via oral rigorosa.

Cenário V

COLELITÍASE COM ICTERÍCIA E FEBRE

- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor biliar, que passa a apresentar colúria e icterícia, podendo vir a ter também acolia fecal e febre.
- Em casos mais graves podem-se associar hipotensão arterial e confusão mental.
- Obs.: para casos de icterícia sem diagnóstico prévio é necessário que se siga o protocolo específico de icterícia.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Analgesia.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 grama endovenoso (EV).

Cenário VI

COLELITÍASE COM PANCREATITE

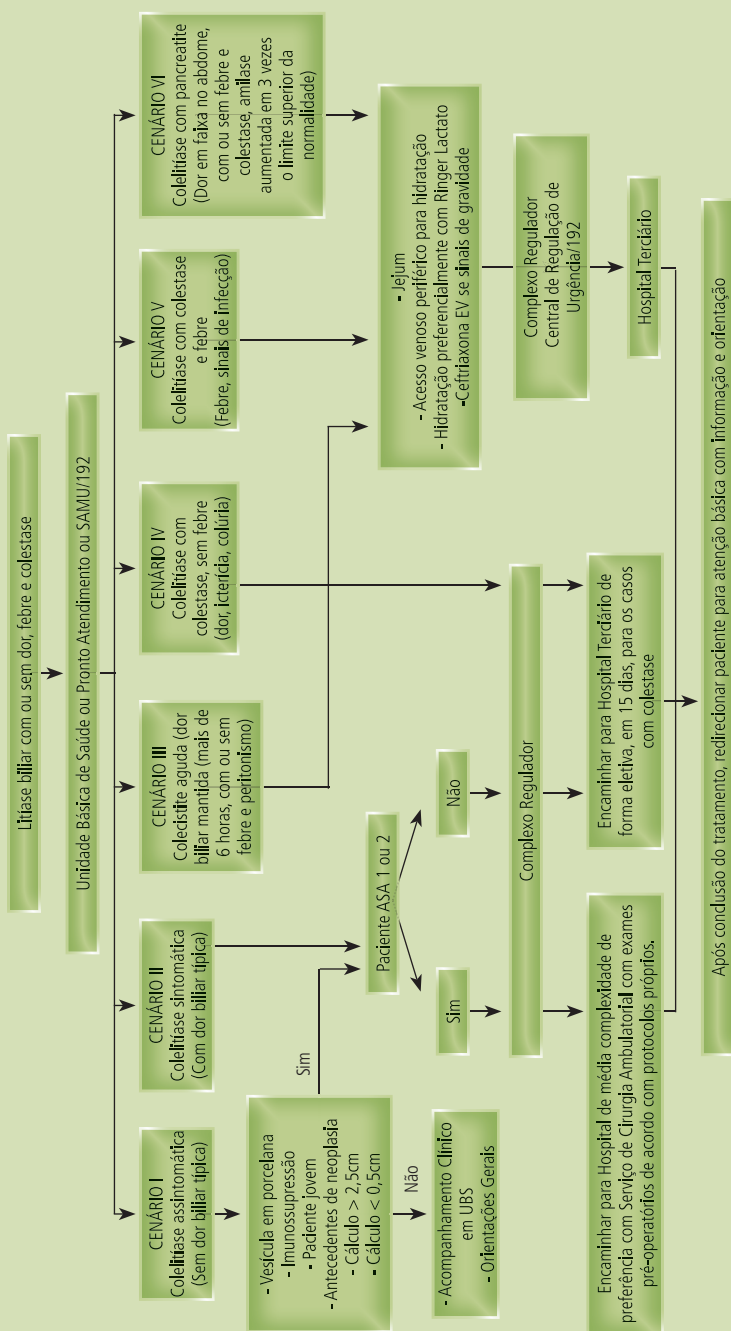
- O paciente com diagnóstico prévio de colelitíase, com dor intensa em faixa no andar superior do abdome, irradiando para o dorso, associada a náuseas e vômitos.
- Amilase sérica igual ou maior que três vezes o valor normal.
- Em casos mais graves podem-se associar hipotensão arterial e confusão mental.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Ligar para o SAMU/192 para referenciar o paciente para hospital.
- Em casos de hipotensão arterial ou confusão mental, enquanto se aguarda a ambulância, recomenda-se iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona 1 grama EV.

BIBLIOGRAFIA

- Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2379-400.
- Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalence of gallstones in a Brazilian population. *Int Surg*. 1999;84:25-8.
- Gonzalez M, Toso C, Zufferey G, Roiron T, Majno P, Mentha G, et al. When should cholecystectomy be practiced? Not always an easy decision. *Rev Med Suisse*. 2006;2(70):1586-92.
- Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007;(1):CD006230.
- Haldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg*. 2004;91:734-8.
- Lima CPJ, Brizolara AA, Tavares DC, Lima JP. Estudo post-mortem da prevalência da litíase vesicular em uma população cirrótica. *Gastroenterol Endosc Dig*. 1990;9:166-70.
- Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, van Zanten SJV, et al. Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*. 2006;20:411-23.
- Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D. Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. *Ann Intern Med*. 1983;99:199-204.
- Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado Jr. W, Kemp R, Módena JLP, Elias Jr. J, Silva Jr. OC. Colectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. *Rev Med*. 2008;41(3):429-44.
- Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder Stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20:981-96.
- Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. *Gastroenterol Clin N Am*. 2010;39:157-69.



Fluxograma 66-1 Abordagem do paciente com litíase biliar a partir da atenção básica. SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.