



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



Manual de Procedimentos Operacionais do Serviço de Anatomia Patológica

2016

A
N
A
T
O
M
I
A

P
A
T
O
L
Ó
G
I
C
A

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

**PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE
ANATOMIA PATOLÓGICA**

São Paulo
2016
5º EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Diagramação:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Foto Capa:

Pedro Duarte

Coleção Protocolos HMEC 2016

© 2016 - Departamento Técnico

Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100

CEP: 02720-200 – São Paulo – SP

Telefone: 3986-1051

Site: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/

E-mail de contato: qualidade.hmec@gmail.com

Fernando Haddad
Prefeito da Cidade de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde

Alberto Alves Oliveira
Coordenador Regional de Saúde Norte

Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico – HMEC

ORGANIZAÇÃO

Dr. Luiz Henrique Cecanecchi Fernandes
Chefe do Serviço de Anatomia Patológica



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

PROTÓCOLO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Finalidade:

Padronizar os processos de trabalho que envolvem o setor de anatomia patológica.

Disponível:

OBS: TODOS OS SETORES PODEM ACESSAR O MANUAL EM FORMATO PDF POR MEIO DA INTRANET, O MANUAL FÍSICO ENCONTRA-SE APENAS NOS SETORES ABAIXO:

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agendamento | <input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imagem | <input type="checkbox"/> Internação de Adulto e Hospital Dia | <input type="checkbox"/> Pré-parto |
| <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto | <input type="checkbox"/> Educação Continuada de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Internação Neonatal | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anatomia Patológica | <input type="checkbox"/> Engenharia | <input type="checkbox"/> Logística de Insumos Hospitalares | <input checked="" type="checkbox"/> Qualidade |
| <input type="checkbox"/> Arquivo | <input checked="" type="checkbox"/> Ensino e Pesquisa | <input type="checkbox"/> Medicinas Trad., Homeopatia e Práticas Integrativas | <input type="checkbox"/> Recepção do Pronto Socorro e Internação |
| <input type="checkbox"/> Auditoria de Prontuário | <input type="checkbox"/> Farmácia | <input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente | <input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador |
| <input type="checkbox"/> Banco de Leite | <input type="checkbox"/> Faturamento | <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> Serviços Técnicos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Gestão de Pessoas | <input type="checkbox"/> Ouvidoria | <input type="checkbox"/> Multidisciplinares |
| <input type="checkbox"/> Casa da Gestante | <input type="checkbox"/> Gerência Financeira-Orçamentária | <input type="checkbox"/> Patrimônio | <input type="checkbox"/> Suprimentos |
| <input checked="" type="checkbox"/> CCO / CMAT / REC | <input type="checkbox"/> Hotelaria | | <input type="checkbox"/> Tecnologia da Informação |
| <input type="checkbox"/> Comitê de Risco | <input type="checkbox"/> Imunização | | <input type="checkbox"/> UTI Adulto |
| <input type="checkbox"/> Comunicação | | | <input checked="" type="checkbox"/> Outros: Diretoria |

Data de Emissão:
JANEIRO/2006

Revisão nº 4

Data de Revisão:
DEZEMBRO/2016

APROVADO POR:

Nome: Dr. Geraldo Mauricio J. De Nadai
Função: Gerente Assistencial II

Nome: Dra. Maria Regina Cesar
Função: Coordenadora do Comitê de Risco

Nome: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel
Função: Gerente de Ensino e Pesquisa



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2016

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do HMEC 2016 foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

Dra. Cláudia Tanuri – Diretora de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012

O Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que tem sob sua responsabilidade o atendimento à saúde perinatal e da mulher, em geral, de sua área de influência, em especial Zona Norte da Cidade de São Paulo, tem procurado ao longo dos seus 40 anos de existência propiciar às pacientes aqui atendidas a melhor qualidade possível dentro do amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, a Maternidade Cachoeirinha tornou-se um marco em nossa cidade.

Não bastassem esses aspectos, uma outra importante faceta a distingue, qual seja, a de elaboração de Manuais, contendo Protocolos de condutas destinados a responder à diversidade dos problemas das pacientes por nós atendidas.

Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de Saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária. São os Protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa.

Contudo, a elaboração de tais Protocolos que compõem os Manuais, deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se tornem realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento às pacientes segundo as boas práticas de Saúde.

Queremos agradecer a toda a equipe que arduamente trabalhou na elaboração destes Protocolos, procurando usar a criatividade individual associada à cultura institucional no sentido de representar um aprimoramento na nossa área de trabalho que estamos sempre buscando.

Temos também a certeza de que estes Manuais não serão os últimos. Sempre haverá sugestões, novas incorporações, que farão um moto contínuo de novas publicações. Mas certamente também temos a convicção de que estes são o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.

Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2008

A arte médica desde seu início tem como principal objetivo não apenas a cura, mas também o cuidar. O termo "obstetrícia" vem da palavra latina "obstetrix", que é derivada do verbo "obstare" (ficar ao lado). Ficar ao lado de quem sofre é importante, pois a proximidade do ser humano é terapêutica. A indelicadeza no trato do ser advém da ignorância e do desconhecimento, em que as pessoas se escondem atrás de uma atitude pouco acolhedora para ocultar suas inseguranças. A humildade, o entendimento, a paciência, o carinho e o amor são qualidades imprescindíveis para o ser Médico.

O conhecimento evolui com enorme velocidade, cada vez mais observamos na Medicina a transitoriedade de suas verdades e conceitos. O profissional médico que se formava 20 anos atrás, se não mantivesse contato com os novos trabalhos, apresentava um tempo médio de desatualização de 5 a 8 anos, hoje é necessário pouco mais de 2 anos para que isso aconteça. Tudo isso graças à grande demanda de trabalhos científicos, troca de experiências, enorme facilidade de acesso e divulgação da informação. Porém, criou-se a partir daí um outro problema: com tanta informação como separar o que é bom do que não o é?

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha tem em seu nome um dos principais objetivos desta instituição: o ensino. E não somente o ensino como transmissão de conhecimento, mas fundamentalmente como formação do ser Médico em sua integralidade na forma mais holística de seu entendimento: caráter, comportamento humanístico e relação médico/paciente.

A integração de todas as áreas (a médica, para-médica, administrativa e comunitária) sumariza a idéia de que para crescermos e nos conhecermos melhor, a participação de todos é fundamental. A Instituição é o Todo, sendo nosso começo, meio e fim principal.

Este manual vem coroar estas idéias, na busca desta integração e na efetividade da mesma. A atualização do manual tem por objetivos a revisão das informações, a democratização do acesso a essas e a homogeneização do conhecimento para todos aqueles que vivem a instituição, em especial aos médicos residentes e aos acadêmicos das várias escolas que aqui fazem seus estágios, sendo útil, também, a todos que tiverem interesse na busca da atualização de seus conhecimentos.

E, por fim, gostaria de salientar, enaltecer e agradecer às equipes médicas e não médicas que escreveram e que organizaram a edição final deste manual para impressão. Muito obrigado! A nossa Instituição agradece.

Dr. Carlos Alberto Ruiz – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2007

O Artigo 196 da Constituição de 1988 garante a todo cidadão o direito à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. A regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS – pela Lei 8.080, de 19/09/90, foi um desdobramento desse princípio constitucional, e sua implantação vem sendo orientada pelas chamadas Normas Operacionais (NOB 1991, 93 e 96; NOAS 2001 e 02; Pacto pela Saúde, de 2006).

A Regulação Estatal sobre o Setor Saúde, comumente conhecida apenas como "Regulação", surge como uma estratégia de gestão do SUS através dessas normas. Entre outras modalidades de Regulação, a NOAS 1991 colocou em pauta a Regulação Assistencial. Os Complexos Reguladores Assistenciais são estruturas que congregam um conjunto de ações regulatórias do acesso à assistência e constituem-se das Centrais de Regulação e dos Protocolos Assistenciais. Vale ressaltar que a Central de Regulação é uma ferramenta-meio cujo desempenho está diretamente relacionado com a resolutividade da rede de saúde, que por sua vez também depende da existência e da execução de bons Protocolos Assistenciais.

Os Protocolos Assistenciais são divididos em Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso. Os Protocolos Clínicos são "recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas". (DENASUS, MS). Os Protocolos de Regulação do Acesso "são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial". Esse é o contexto que confere a real dimensão e o relevante significado deste trabalho técnico coletivo que ora vem à luz sob forma da COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007, fruto estratégico da Gestão do Conhecimento Organizacional aliada aos talentos, competências e brilhantismos individuais dos profissionais da casa.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 conta com a indispensável e brilhante participação dos coordenadores científicos, diretores e gerentes das unidades assistenciais, de diversas profissões da saúde, nos volumes dedicados às respectivas especialidades da atividade-fim do hospital. Além disso, foi acrescida a valiosíssima contribuição dos diretores e gerentes das áreas administrativas, com volumes dedicados às rotinas que dão andamento eficiente aos processos das atividades-meio, garantindo o suporte necessário à realização de uma assistência clínica e cirúrgica de alta qualidade ao cliente-cidadão.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 é uma importante ferramenta para a regulação da qualidade da assistência, não apenas no sentido do padrão técnico-científico do atendimento dispensado, mas também quanto à eficiência e eficácia dos processos administrativos internos e principalmente quanto à equidade no acesso aos serviços hospitalares. Por isso foi opção desta gestão delegar a coordenação do projeto COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 à Dra. Maria Lúcia Bom Ângelo, nossa Assessora de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a quem creditamos o merecido reconhecimento por ter cumprido competentemente mais esta árdua tarefa.

Dr. José Carlos Riechelmann – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. Área Física. | 01 |
| 2. Recursos Humanos | 03 |
| 3. Setor de Necropsia. | 05 |
| 4. Normas de Funcionamento | 07 |
| 4.1. Fixação | 07 |
| 4.2. Recepção das Amostras | 09 |
| 4.3. Procedimentos Técnicos | 09 |
| 4.4. Diagnóstico | 12 |
| 4.5. Arquivo | 14 |
| 5. Material de Consumo..... | 17 |
| 5.1. Técnica de Coloração de Papanicolau | 17 |
| 5.2. Técnica de Coloração de SHORR “Modificada” | 17 |
| 5.3. Técnica de Coloração: Hematoxilina e Eosina..... | 17 |
| 6. Características e Utilização de Equipamentos Ópticos, de Precisão e Outros | 19 |
| 6.1. Microscópio | 19 |
| 6.2. Balança de Precisão | 25 |
| 6.3. Estufa | 26 |
| 6.4. Centrífuga. | 27 |
| 6.5. Histotécnico - Processador de Tecidos | 29 |
| 6.6. Auto-inclisor: Realização de Blocos de Parafina | 29 |
| 6.7. Micrótomo | 29 |
| 6.8. Criostato | 29 |
| 7. Exame de Congelação | 31 |
| 8. Documentação Fotográfica. | 33 |
| 9. Humanização..... | 35 |
| 10. Participação em Reuniões Científicas | 37 |
| 11. Segurança do Paciente..... | 39 |





O Serviço de Anatomia Patológica, em funcionamento desde 1974, tem suas normas e procedimentos técnicos conforme estabelecido pelo Manual de Laboratório Cito-Histopatológico do Ministério da Saúde.

1. ÁREA FÍSICA

O serviço conta com 209,80 m de área total, distribuída em setores, como:

- Recepção / Secretaria;
- Sala de Microscopia;
- Processamento técnico;
- Sala de Macroscopia;
- Sala de Necrópsia;
- Sala de Arquivo de Blocos / Lâminas;
- Sanitários.
- Sala de congelamento (no Centro Cirúrgico);

Todas as salas dispõem de balcões, pias e pisos para uso específico, havendo higienização, iluminação e ventilação adequados.





2. RECURSOS HUMANOS

Por nível Profissional:

- Patologista;
- Assistente de Gestão de Políticas Públicas;
- Técnico de Citologia e Histologia;
- Auxiliar de Laboratório
- Técnico de necropsia;
- Agente de Apoio.

A determinação do Ministério da Saúde prevê o cargo de citotécnico cujas atribuições, neste serviço, são realizadas pelo médico citopatologista.





3. SETOR DE NECROPSIA

A necropsia (necros = morto + scopion = observar) ou autópsia (auto = si próprio) é um procedimento médico praticado desde antes de Cristo e que visa analisar as alterações orgânicas após a morte.

Pode ser subdividida em três tipos: a necropsia médico-legal ou forense, destinada a identificar o processo da morte em casos de violência ou duvidosos; a verificação de óbito, realizada em casos de morte não violenta de pessoas sem acompanhamento médico e a necropsia hospitalar, realizada por anatomopatologistas, em pacientes internados falecidos em decorrência de doenças.

Trabalho árduo, nem sempre bem interpretado e aceito pela comunidade, a necropsia deve ser realizada com a consciência de sua importância no aprimoramento da Medicina e como instrumento de controle do seu próprio exercício.

A técnica da necropsia consiste em estudar as alterações de todos os órgãos após a morte a partir do exame macroscópico (observação a olho nu dos órgãos retirados), que fornece material para o exame microscópico, onde serão vistas as alterações a nível celular.

Relacionando os achados macro e microscópicos com os dados da história do paciente, pode-se então estabelecer a causa da morte, a doença de base e outras patologias existentes.

A necropsia não serve apenas para identificar a causa do óbito, como muitos pensam, ela tem diversas outras funções:

- Aconselhamento genético em casos de malformação congênita;
- Rastreamento de doenças infecciosas congênitas;



- Controle de qualidade do diagnóstico e do tratamento, através do conhecimento, por parte da equipe que atendeu o paciente, dos achados da necropsia, visando identificar possíveis falhas e suas causas, buscando sua correção, para que não se repitam em outro paciente;
- Fonte de informação para a Secretaria de Saúde, permitindo a feitura de estatísticas precisas sobre as doenças mais frequentes, o que influi na política de saúde do Estado e do Município;
- Material para o ensino dos médicos residentes, alunos e professores.

A correlação clínico-patológica realizada durante todas as etapas da necropsia é um, excelente exercício, constituindo a maior fonte de ensinamento em Patologia;

- Material para pesquisa científica;
- Reconhecimento do efeito do tratamento na evolução da doença;
- Esclarecimento de causas sem diagnóstico clínico firmado ou naqueles em que a morte do paciente foi inesperada.

Após a realização da necropsia e liberação do cadáver, cortes dos órgãos a serem examinados são fixados em formal a 10% e para posterior processamento técnico conforme descrito no item Histopatologia. Faz-se a descrição microscópica das alterações encontradas e finaliza-se com relatório descritivo e correlação clínico-morfológica. O laudo final é encaminhado para o prontuário e arquivo no serviço.



4. NORMAS DE FUNCIONAMENTO

As unidades que enviam as amostras, esfregaços, biópsias ou peças cirúrgicas devem dispor de meios especiais para a remessa adequada dos materiais a serem examinados, devidamente fixados e acondicionados.

4.1. FIXAÇÃO

É pré-requisito a fixação dos esfregaços, biópsias ou peças cirúrgicas, visando à preservação da estrutura celular e conservação dos detalhes, com um mínimo de distorção e evitando artefatos.

Quando os esfregaços apresentarem defeitos de fixação, por exemplo, dessecados, a correção deve ser feita seguindo as orientações abaixo:

– Colocar a lâmina em um recipiente contendo glicerina e água destilada, durante 3 minutos; a seguir, banhar em álcool a 95% e em água, por 15 minutos e, finalmente, fixar em álcool a 95%, por 10 minutos. Encaminhar para a coloração.

As soluções empregadas com essa finalidade recebem o nome de “fixadores”, e sua escolha depende do material a ser examinado, do que se pretende estudar e da técnica de coloração a ser utilizada.

4.1.1. PARA OS EXAMES CITOPATOLÓGICOS

- Álcool absoluto ou álcool a 95%;
- Carbowax, solução de polietileno-glicol em álcool a 95%, sob a forma líquida, para o uso em “gotas”;
- CARBOWAX 4.000;
- Carbowax..... 50 g;



- Álcool a 95%..... 950 mL.

Misturar e agitar vigorosamente.

Existe o preparado, em gotas ou spray, chamado “Citospray” ou “Procito”.

Quando usado em forma de spray, deve ser aplicado a uma distancia de 15 cm dos esfregaços.

Recomenda-se que:

- A fixação seja realizada de forma rápida e apropriada, a fim de evitar a distorção celular e perda de afinidade tintorial. O tempo de fixação varia, em média, de 10 a 60 minutos. Entretanto, a amostra poderá permanecer na solução fixadora durante alguns dias ou mesmo semanas;
- Os fixadores sejam filtrados e renovados periodicamente;
- Se evite a evaporação;
- Se use, de preferência, álcool metílico ou etílico;
- Os esfregaços fiquem totalmente imersos no recipiente que contém as soluções fixadoras;
- Quando os esfregaços apresentarem defeito de fixação, por exemplo, dessecados, a correção deve ser feita seguindo as orientações abaixo:
 - Colocar a lâmina em um recipiente contendo glicerina e água destilada, durante 3 minutos; a seguir, banhar em álcool a 95% e em água, por 15 minutos e, finalmente, fixar em álcool a 95%, por 10 minutos. Encaminhar para a coloração.

4.1.2. PARA OS EXAMES HISTOPATOLÓGICOS

A solução fixadora de rotina para a histopatologia, fragmento tecidual e peça cirúrgica é o formol a 10%. A amostra deve ser, imediatamente após sua retirada, submersa em recipiente contendo o líquido fixador. O tempo



médio de fixação é de 8 a 48 horas, variando de acordo com o índice de fixação. Em geral, recomenda-se que as amostras com 1 mm de espessura permaneçam 8 horas no fixador.

4.2. RECEPÇÃO DAS AMOSTRAS

O material recebido no laboratório deve ser imediatamente checado, com especial ênfase:

- Na identificação do material e correção da requisição, verificando-se o correto preenchimento dos itens: proveniência, natureza, dados clínicos e tipo(s) do(s) exame(s) solicitado(s);
- Nos aspectos qualitativos das amostras: fixação, espessura, distribuição homogênea, presença de sangue etc.;
- Nos aspectos quantitativos: número de lâminas e ou fragmentos, suficiência do material;
- No registro do material recebido, em livro apropriado do laboratório.

Observação:

As amostras que não atenderem os requisitos acima, devem ser rejeitadas com as notificações necessárias a cada caso.

4.3. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

4.3.1. CITOPATOLOGIA

As amostras são processadas segundo a técnica de Papanicolau:

- Álcool etílico a 80%;
- Álcool etílico a 70% – 6 a 8 imersões em cada recipiente;
- Álcool etílico a 50%;



- Água destilada – 20 a 30 segundos (até a água escorrer naturalmente da lâmina);
- Hematoxilina de Harris – 1 a 3 minutos (corante nuclear);
- Água - remover o excesso do corante.
- Solução saturada de Carbonato de lítio;
- Solução de HCl a 1% – 6 a 8 imersões em cada recipiente;
- Água corrente – 6 minutos;
- Álcool etílico a 50%;
- Álcool etílico a 70% – 6 a 8 imersões em cada recipiente;
- Álcool etílico a 80%;
- Álcool etílico a 95%;
- Orange G 6 - 1 minuto e 30 segundos;
- Álcool etílico a 95% – 1 minuto;
- Álcool etílico a 95% – 1 minuto;
- EA-36;
- Álcool etílico a 95% – 1 minuto;
- Álcool etílico a 95% – 1 minuto;
- Álcool etílico a 100% – 1 minuto;
- Xilol – 1 minuto;
- Xilol – 1 minuto;
- Xilol – 1 minuto;
- Montagem das Lâminas.

Outra opção é a técnica de Shorr “modificada”:

- Álcool etílico a 80%;
- Álcool etílico a 70% – 6 a 8 imersões em cada recipiente;
- Álcool etílico a 50%;
- Água destilada – 20 a 30 segundos (até a água escorrer naturalmente da



lâmina);

4.3.2. TÉCNICA DE COLORAÇÃO

A técnica de coloração rotineira é a de HE (Hematoxilina-Eosina). A lâmina após a montagem e identificação deve ser submetida ao seguinte processo:

- Água destilada – 6 a 8 minutos;
- Hematoxilina – 10 minutos;
- Água – remoção do excesso de corante;
- Solução de HCl a 1% – 6 a 8 imersões;
- Água corrente (controle da coloração núcleo/microscópio);
- Eosina – 1 a 2 minutos;
- Álcool etílico a 95% – 6 a 8 imersões;
- Xilol;
- Xilol;
- Xilol – montagem.

Recomenda-se, em alguns casos, colorações especiais, para o tal patologista deverá, por ocasião da macroscopia, fazer essa indicação. Após o processo de coloração, em qualquer uma das técnicas, as lâminas são enxugadas em papel-filtro, imersas no Xilol, clarificadas e diafanizadas. Procede-se a montagem utilizando bálsamo do Canadá ou similar e Xilol.

Etiquetar com o número do registro do laboratório, após a conferência da preparação com a requisição do caso.

4.4. DIAGNÓSTICO



O escrutínio, exame inicial, atento e minucioso, constitui uma das atribuições do citotécnico. Após a terminada essa leitura, as preparações são encaminhadas para o diagnóstico final, sob a responsabilidade do citopatologista. Procede-se, então, a expedição dos resultados, arquivo dos relatórios e das lâminas.

Sistemática de leitura de exames cito-histopatológicos:

- Verificar as condições do microscópio (fonte de luz, diafragma etc.);
- Checar a preparação citológica com a requisição correspondente. Deve-se dar ênfase especial ao registro, identificação, idade, natureza e condições da preparação;
- Iniciar a leitura global com a objetiva de pequeno aumento, observando a qualidade da coloração e a distribuição do material a ser examinado;
- Em seguida, fazer uso da objetiva e iniciar a leitura de todos os campos, partindo da parte mais alta da preparação, à esquerda, e correndo com a lâmina no sentido horizontal ou vertical.

4.4.1.RESULTADOS CITO-HISTOPATOLÓGICOS:

4.4.1.1.CITOPATOLOGIA

O diagnóstico emitido além de garantir a precisão dos resultados deve obedecer a determinados critérios que possibilitem um tratamento estatístico.

Diversas classificações foram e vêm sendo propostas para o citodiagnóstico. A de Papanicolaou (1941/43), por exemplo, fundamentou-se nos achados citológicos negativos, positivos e, em alguns casos, inconclusivos.



O desenvolvimento da citologia impulsionou a citopatologia no sentido da emissão de conclusões mais precisas e detalhadas. Um estudo sobre relatórios citológicos, publicado em editorial pela Acta Cytologica (1964), afirmava que os diagnósticos conclusivos obedecem de modo geral um dos sistemas de informação: descritivo, rubricas de Papanicolaou ou em grupos, negativo suspeito e positivo.

A adoção da classificação de Papanicolaou e de outras não é referendada pela OPS/OMS nem pela Academia Internacional de Citologia. Prevalece o acordo mundial da unificação de diagnóstico com o uso de nomenclatura que se preste ao correlacionamento com a histologia. Nenhum trabalho científico de divulgação internacional é aceito para a publicação se não obedecer a esse critério uniforme de diagnóstico.

Em 1985, na revisão do manual que orienta as ações de controle do câncer cérvico-uterino, a OPS/OMS recomendava a utilização, sempre que possível, da associação entre o diagnóstico descritivo e o de “neoplasia intra-epitelial cervical”, em graus I, II e III, de acordo com o potencial evolutivo da lesão. Atualmente, utiliza-se classificação de Bethesda para patologia cervical.

O diagnóstico inadequado ou insatisfatório deve ser assinalado, bem como as alterações inflamatórias de processo reparativo, resposta celular indicativa de agressão virai, de fungos, parasitas etc.

4.4.1.2. MICROBIOLOGIA VAGINAL

Em relação à microbiologia vaginal, é possível diagnosticar a flora pela técnica de coloração de Papanicolaou. Para os resultados, sugere-se seguir a orientação da Academia Internacional da Citologia:

I. Lactobacilos:



- a) com citólise;
- b) sem citólise.

II. Mista:

Lactobacilos e bactérias.

III. Bacteriana cocóide:

IV. Gardnerella vaginalis (Haemophilus vaginalis/Corinebacterium);

V. Leptotrix vaginalis;

VI. Trichomonas vaginalis;

VII. Chlamydia trachomatis;

VIII. Fungos;

IX. Vírus;

X. Achados raros;

XI. Inconclusivo.

4.4.1.3. HISTOPATOLOGIA

Observação:

É obrigatório o registro de informações quanto à diferenciação celular e invasão vascular.

4.5. ARQUIVO

O laboratório deve dispor, em sua estrutura física, de uma área adequada ao funcionamento do arquivo dos relatórios e das preparações cito-histopatológicas.

É cada vez mais crescente a aplicação dos recursos da informática nos diversos setores laboratoriais.

O sistema de código utilizado deve seguir rigorosamente a nomenclatura



internacional adotada para o resultado cito-histopatológico. Em relação aos resultados de citopatologia geral, essa codificação é fundamentada em dados de topografia e morfologia, como ocorre com a histopatologia.

Em relação à citopatologia ginecológica, é conveniente que os diagnósticos sejam apresentados segundo a descamação do local anatômico, assim:

- vagina e cérvix – diagnóstico neoplásico, microbiológico e hormonal;
- corpo uterino e endométrio – citologia hormonal e neoplásica;
- mama – se for por “imprint”, punção e ou descarga papilar (espontânea ou provocada).

4.6. PROCEDIMENTOS PARA ARQUIVO DE RELATÓRIO E PREPARAÇÕES

4.6.1. DAS LÂMINAS

De modo geral, recomenda-se que sejam guardadas por 20 anos de acordo as recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia, em ordem crescente.

4.6.2. DOS RELATÓRIOS

Os cartões são abertos por número de ordem, registro da cliente, número do exame no laboratório, procedência da cliente, nome, idade e observações. Os laudos emitidos pelos médicos são assinados, enviados para o prontuário e arquivo no setor.





5. MATERIAL DE CONSUMO

5.1. TÉCNICA DE COLORAÇÃO DE PAPANICOLAOU

- Hematoxilina de Harris
- Hematoxilina (cristal)..... 5 g
- Álcool etílico a 95%..... 100 mL
- Alúmen de potássio..... 100 g
- Óxido de mercúrio..... 2,5 a 3 g
- Água destilada..... 1000 mL

5.2. TÉCNICA DE COLORAÇÃO DE SHORR “MODIFICADA”

Hematoxilina de Harris

Solução corante de Shorr

- Álcool etílico a 95%..... 100 mL
- Biebrich Scarlet, solução aquosa..... 0,5 g
- Orange G..... 0,25 g
- Fast Green..... 0,075 g
- Ácido fosfotúngstico..... 0,5 g
- Ácido fosfomolibdico..... 0,5 g
- Ácido acético..... 1 mL

Resultados:

- núcleo: azul
- citoplasma: vermelho ou verde

5.3. TÉCNICA DE COLORAÇÃO: HEMATOXILINA E EOSINA

Hematoxilina de Harris

- Solução de Eosina.....0,5g



- Água destilada.....10,0ml
- Álcool a 95%.....90ml
- Ácido acético (optativo).....1 gota

Solução diferenciadora

- Álcool a 95%.....100,0ml
- Ácido clorídrico.....5 gotas

Resultados:

- Núcleo: azul
- Citoplasma: róseo

EA-36 OU EA-65

EA-36:

- 0,5% de Light Green SUm álcool a 95%..... 45 mL
- 0,5% de Bismak Brown enálcool a 95%..... 10 mL
- 0,5% de Eosina enálcool a 95%..... 45 mL
- Ácido fosfotúngstico..... 0,2g
- Solução aquosa de Carbonato de lítio (saturada)..... 1 gota

EA-65:

Para preparar esta solução basta reduzir na solução EA-36 o percentual de Light Green para 0,25ml.



6. CARACTERÍSTICAS E UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS ÓPTICOS, DE PRECISÃO E OUTROS

6.1. MICROSCÓPIO

A escolha do microscópio é fundamental. Se por um lado se recomenda cuidado na escolha do aparelho, por outro lado também merece atenção a área destinada à microscopia, para que seja adequadamente planejada.

O microscópio é um instrumento óptico, mono ou binocular, constituído de vários componentes, quer da parte mecânica, quer da óptica, os quais se agrupam em quatro sistemas a saber:

- De suporte;
- De aumento;
- De iluminação;
- De ajuste.

6.1.1. SISTEMA DE SUPORTE

Compõe-se de:

- Base ou pé – sustenta o aparelho propriamente dito;
- Coluna ou haste – sustenta o tubo e a fonte de iluminação nas partes superior e inferior, respectivamente;
- Revólver – é uma peça móvel onde ficam localizadas as objetivas;
- Platina – destina-se a receber o objeto de estudo, e munida de presilhas ou parafusos Charriot, o que permite a movimentação do objeto de forma lenta e regular nos sentidos horizontal e transversal;
- Tubo – traz na parte superior as lentes oculares e na interior as objetivas localizadas no revólver.



Além disso, o sistema possui dois parafusos (macrométrico e micrométrico) que permitem a focalização do objeto, o primeiro de movimento rápido, e o segundo de movimento lento. O prisma localizado no interior do tubo trabalha os raios emanados da fonte luminosa.

Com referência ao tubo, recomenda-se 160 mm como a distância ideal entre o ocular e a objetiva. Vale lembrar que a espessura do “porta-objeto” é de 17 mm.

6.1.2. SISTEMA DE AUMENTO

Constituído de lentes oculares e objetivas

- Lentes oculares – destinam-se ao observador (microscopista) e têm aumentos de 4x, 6x e 10x. Recomenda-se, rotineiramente, a de 6x (que aumenta em 6 vezes a imagem produzida pela objetiva). Alguns microscópios apresentam uma seta na ocular, que serve para orientar a marcação de algum detalhe do campo microscópico (é o círculo luminoso visto através da lente ocular. Neste campo, as imagens são invertidas através da lente, ou seja, as imagens da parte inferior, na verdade estão na superior, e as localizadas à direita, na esquerda. Ao se deslocar à preparação para a esquerda, a estrutura ficará à direita, e vice-versa), para o qual se queira chamar a atenção. Essa seta é de grande utilidade, tanto na prática quanto na didática;

- Lentes objetivas – destinam-se ao objeto e têm vários aumentos:
 - 4x, (lupa);
 - 10x, considerada de pequeno aumento: essa objetiva é utilizada para a leitura inicial da lâmina;
 - 40x, grande aumento;



– 100x de imersão, essa lente não deve ser utilizada seca, faz-se o uso de óleo de imersão.

Cada objetiva traz assinada, além do número correspondente, a AN (abertura numérica), que apresenta as seguintes variações:

- 0,30 na objetiva de 10x;
- 0,65 na objetiva de 40x;
- 130 na objetiva de 100x.

A maior medida que a AN pode aumentar é a chamada de PR (poder de resolução). O poder de resolução (é a capacidade de tornar visíveis os detalhes, separando-os com nitidez) máxima ideal na rotina laboratorial é de 0,25 mm.

6.1.3. SISTEMA DE ILUMINAÇÃO

Constitui-se de:

- Fonte de luz – natural ou artificial. Dá-se preferência ao uso da luz artificial (elétrica), por permitir um melhor aproveitamento. Excepcionalmente, se usa a luz solar;
- Espelho – reflete os raios da parte da luminosa no objeto a ser examinado. Possui uma superfície plana e outra côncava, que funciona como o condensador de poder limitado;
- Condensador – localiza-se entre o espelho e a platina; serve para captar os raios luminosos na direção de determinado foco do objeto a ser examinado. Seu ajuste e localização central, ao ser elevado, permite ao observador obter o máximo de iluminação, ocorrendo ao ser abaixado;
- Diafragma – amplia ou reduz o ângulo e maior a abertura numérica, conseqüentemente os mínimos detalhes serão observados, desde que o contraste seja reduzido;



- Filtro – quando presentes, são normalmente azuis. Seu uso é opcional.

6.1.4. SISTEMA DE AJUSTES

Constitui-se de:

- Cremalheira, de avanço rápido, para aproximação do foco;
- Micrométrico, de avanço lento, completa a focalização;
- Parafuso para ajuste do condensador;
- Parafuso para centralização do condensador à frente, esquerda ou direita. A centralização é feita em relação à objetiva;
- Elevador de diafragma, fixo ou condensador, fecha e abre o diafragma, reduz e amplia o ângulo e intensidade luminosa;
- Regulador de “platina mecânica”, destina-se a movimentar o objeto. Seu uso é essencial na leitura dos preparados microscópicos;
- O condensador é ajustado até que o círculo luminoso fique exatamente no centro do campo microscópico.

6.1.5. DA ÁREA DESTINADA A MICROSCOPIA

Ao se planejar a instalação do laboratório, é de fundamental importância considerar os seguintes aspectos:

- Área disponível;
- Distribuição da área em função dos demais setores;
- Capacidade operacional;
- Recursos humanos, por nível profissional e administrativo;
- Recursos materiais;
- Manutenção e conservação.

Além desses aspectos, devem ser consideradas as seguintes características específicas:



- Local de acordo com o fluxograma do laboratório;
- A área física deve manter correlação com o número de profissionais que trabalharão no setor;
- Quanto às condições ambientais:
 - O laboratório deve ser agradável, confortável e, de preferência, distante de locais barulhentos;
 - Deve haver uma boa ventilação e iluminação difusa de moderada intensidade;
 - Com relação aos móveis (mesa, bancada, cadeira, bancos, sólidos e nivelados), o revestimento da mesa ou bancada deve ser lavável, de cor cinza ou verde (a fim de reduzir a fadiga visual). Deve haver espaço suficiente para permitir ao microscopista dispor com facilidade do material de apoio necessário ao exame, como lápis, caneta, lenços de papel, borrei com xilol, óleo de imersão e gaze etc. A cadeira ou banco não deve ter braços e sua altura deve permitir ao microscopista manter os braços apoiados na mesa e os pés no piso ou assoalho, a fim de manter uma postura ereta.

6.1.6. CUIDADOS BÁSICOS COM O MICROSCÓPIO

A manutenção e conservação do equipamento é fundamental, tanto para manter um bom nível de diagnóstico como para reduzir o desgaste do aparelho, dando-lhe maior tempo útil de uso. É recomendável uma revisão técnica semestral, assim como uma manutenção e conservação diária, feita pelo microscopista. Cabe a este, ainda, ao término da jornada de trabalho diário:

- Desligar a fonte luminosa;
- Girar o revólver, deixando as objetivas livres e limpas (remover o óleo de



imersão);

- Baixar o suporte mecânico de platina;
- Cobrir o aparelho com uma capa protetora.

Nos climas quentes e úmidos, deve-se evitar a proliferação de fungos adotando algumas medidas básicas de precaução, tais como:

- O microscópio deve ser guardado em caixa de madeira aquecida por uma lâmpada, o que permite manter sua temperatura mais alta do que a temperatura ambiental;
- Nos casos em que não se dispõe de energia elétrica, o microscópio deve ser conservado em temperatura ambiente, em lugar de menor umidade, protegido por “saquinhos” contendo sílica gel. Nos climas secos, o problema reside na retenção de partículas de pó que se alojam nas objetivas, oculares e parafusos.

São recomendáveis as seguintes medidas:

- O microscópio deve ser guardado na caixa de madeira;
- Deve-se aspirar diariamente o pó alojado com a ajuda de uma pêra de borracha ou pincel;
- Deve-se proceder sistematicamente à limpeza das lentes, oculares e objetivas, com um lenço de papel. Nas objetivas de “imersão”, o óleo deve ser retirado com papel absorvente, contemplando-se a remoção com xilol. Para terminar a limpeza, é conveniente o uso de lenço de papel.

Deve-se reforçar esses cuidados básicos alertando-se o microscopista, ainda, para que:

- Não limpe a parte óptica com etanol;
- Não coloque objetivas submersas no xilol;
- Não utilize cotonetes ou algodão para fazer a limpeza;
- Não use xilol na platina.



6.2. BALANÇA DE PRECISÃO

A sensibilidade de uma balança é indicada pela menor massa que pode ser pesada com precisão.

Uma balança de precisão clássica constitui-se de:

- Eixo central/eixo de suspensão, fixado na base da balança;
- Travessão, com os dois braços da balança, apoiado no cutelo ou prisma;
- Fiel, é a agulha ou ponteiro que indica o verdadeiro equilíbrio de uma balança, situa-se perpendicularmente à linha do travessão e ao eixo da oscilação;
- Cutelos (2), com arestas voltadas para cima, sobre os quais ficam os ganchos que sustentam os pratos;
- Pratos (2); um para o material e outro para o peso;
- Vários parafusos reguladores.

6.2.1. PROCEDIMENTOS DE PESAGEM

- A substância que vai ser pesada deve ser colocada à esquerda da balança, papel ou recipiente;
- À direita, ficam os pesos necessários para a adequada equivalência com o peso do recipiente ou papel e a substância a ser pesada.

6.2.2. TÉCNICAS DE PESAGEM

- Com a mão esquerda, levantar o recipiente, inclinando-o para baixo (o rótulo deve ficar virado para cima);
- Com a mão direita, impulsionar o depósito, fazendo com que a substância (pó ou cristal) caia lentamente;
- A espátula, devidamente limpa, ajuda na pesagem de pequenas



quantidades.

6.2.3. CUIDADOS NECESSÁRIOS

- Não pesar quantidades de substâncias com peso acima da carga máxima da balança;
- Não pesar substâncias colocadas diretamente no prato;
- Não pegar os pesos com as mãos (usar a pinça);
- Não deixar a balança destravada, só o fazer no momento da pesagem.

6.2.4. É NECESSÁRIO SITEMATIZAR OS SEGUINTE DADOS:

- As substâncias que vão ser pesadas ficam à direita da balança;
- As que não forem pesadas, à esquerda;
- Ao pesar, conferir a substância antes de retirar o recipiente;
- Ao pesar, verificar a etiqueta;
- Após a pesagem, feche o recipiente, colocando-o à direita.

6.3. ESTUFA

A estufa é provida de um termostato (que regula a temperatura), uma lâmpada-piloto (de alerta) e um termômetro.

É atribuição do técnico de laboratório manter a estufa regulada. Para tal, deve estar plenamente identificado com os passos necessários para se obter a estabilização da temperatura desejada, quais sejam:

- Girar o botão do termostato até a temperatura máxima da estufa;
- Verificar, em duas horas, aproximadamente, se a temperatura registrada no termostato está corretamente mantida;
- Verificar se a lâmpada-piloto apaga ou acende conforme a elevação ou baixa de temperatura;



- Com a estufa regulada na temperatura máxima, girar o botão do termostato para a temperatura desejada.

Lembramos que uma estufa do tipo simples e tamanho médio satisfaz plenamente qualquer laboratório de cito-histopatologia.

6.4. CENTRÍFUGA

A centrifugação constitui um processo técnico que visa à concentração das células esfoliadas nos líquidos. Para obter tal resultado, utiliza-se a centrífuga, que pode ser dos tipos convencional (tradicional) ou em camada única.

6.4.1. CENTRÍFUGA CONVENCIONAL

É basicamente constituída de um eixo central, de grande velocidade, uma cabeça fixa e tubos coletores.

Existem vários tipos de centrífugas, desde as mais simples, do tipo manual

- de uso limitado, requerendo muita atenção por parte do técnico, a fim de evitar danos –, até as elétricas, que, em geral, podem apresentar dois tipos de cabeças: a oscilante e a oblíqua.

As centrífugas são munidas de um cronômetro, que regula o tempo estimado para o movimento centrifugador, e um tacômetro, que marca a velocidade de rotação por minuto.

Procedimentos para a centrifugação convencional:

- Colocar os tubos, um defronte ao outro (exemplo: 1:2; 3:4; 5:6, e assim por diante);
- Ligar e gradualmente aumentar a velocidade ate alcançar o grau desejado;
- Proceder da mesma forma para interromper a centrifugação, isto é,



diminuir gradualmente nos sentido inverso;

- Retirar os tubos, cuidadosamente, e decantar o sobrenadante;
- Inverter o sedimento no centro da lâmina (previamente limpa, albuminizada ou não) e, com auxílio do próprio tubo, preparar o esfregaço no sentido da porção central para a extremidade, ocupando uma área de 2,4 x 3,2 cm;
- Dessecar rapidamente as preparações em temperatura ambiente e fixá-las em álcool a 95%.

6.4.2. CENTRÍFUGA DE CAMADA ÚNICA

Este aparelho dispõe de cronômetro e tacômetro automáticos, e permite o processamento simultâneo de 12 (doze) amostras.

A concentração celular em camada única é obtida através da citocentrífuga destinada a separar as células e outros elementos suspensos no meio líquido, os quais são levados para a superfície de uma lâmina durante a rotação do aparelho. A parte líquida é absorvida por um papel de filtro que se amolda perfeitamente entre o tubo coletor de polietileno e a lâmina. O coletor possui, lateralmente, um orifício de 0,6 cm de diâmetro, que corresponde a idêntico orifício existente no papel de filtro, fazendo com que a parte líquida seja absorvida pelo papel de filtro e o concentrado celular seja depositado na lâmina. Após esse processo, as preparações devem ser dessecadas rapidamente, em temperatura ambiente, e em seguida fixadas em álcool a 95%.

Recomendações Gerais:

Ao término da centrifugação, por qualquer uma das técnicas, deve-se limpar os tubos dos resíduos, manter o equipamento lubrificado, desligado e convenientemente protegido com uma coberta.



6.5. HISTOTÉCNICO - PROCESSADOR DE TECIDOS

6.6. AUTO-INCLUSOR: REALIZAÇÃO DE BLOCOS DE PARAFINA

Após a realização da macroscopia o material é submetido a substâncias diversas (formol, álcool, xilol e parafina) num processo de até 12 horas.

6.7. MICRÓTOMO

Equipamento utilizado para realização dos cortes histológicos de blocos de parafina para posterior coloração e análise microscópica. É dotado de navalha apropriada.

6.8. CRIOSTATO

Equipamento realizado para realização de cortes histológicos em material congelado para diagnóstico intraoperatório.





7. EXAME DE CONGELAÇÃO

O exame de congelação é realizado no centro cirúrgico, durante o ato operatório com objetivo de orientação terapêutica cirúrgica, se necessário e possível.





8. DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA

O serviço dispõe de máquina fotográfica para peças cirúrgicas e de necropsia de interesse, bem como o aparelho fotomicroscópico necessitando de revisão.





9. HUMANIZAÇÃO

Humanizar, de acordo com a Política Nacional de Humanização, consiste na inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado. Dentro do serviço de Anatomia Patológica, essa prática se traduz na gestão participativa, na manutenção de um ambiente de trabalho saudável, na valorização dos trabalhadores do serviço, na criação de um ambiente de trabalho saudável, na realização de diagnósticos ágeis e claros para diminuição do sofrimento do paciente e no acolhimento atencioso ao paciente para retirada de dúvidas.





10. PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES CIENTÍFICAS

CONSULTA A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA - VAP 04/01

Ref. Prazo de guarda de lâminas de colpocitologia.

Curitiba, 18 de maio de 2001

Consulta:

Tempo de guarda de lâminas de colpocitologia.

Parecer:

A consulta acima é importante e pertinente a todos os laboratórios públicos e privados. A legislação vigente é controversa e apresenta diversos prazos de guarda para documentos médicos:

Código Civil: Art. 177 “A prescrição de ações pessoais operar-se-á em 20 anos”.

Código de Ética Médica: Parecer do Processo 2928/93 aprovado em 30/9/94:

1 - as peças anatômicas fixadas devem ser mantidas, no mínimo, durante 03 meses.

2 - as lâminas para estudos citológicos e histopatológicos devem ser mantidas, no mínimo, durante 05 anos.

3 - os blocos de parafina devem ser mantidos, no mínimo, durante 05 anos.

Desta forma, do ponto de vista ético a guarda deverá ser de no mínimo 05 anos para as requisições, laudos e lâminas citopatológicas. Entretanto, devido ao Código Civil, os laboratórios estarão sujeitos a eventuais ações



indenizatórias até 20 anos após a realização do exame citopatológico.

Espero que as ponderações acima tenham esclarecido o assunto.

Votos de estima e consideração,

Dr. Luiz Fernando Bleggi Torres

Vice-Presidente para Assuntos Profissionais

Sociedade Brasileira de Patologia



11. SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniela Sayuri Misawa

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não cause dano”.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços¹. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas².

Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis^{3,4,5}.

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013⁶ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36⁷, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de



saúde para:

- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;
- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco.



Figura 1. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



11.1. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.



O que notificar?



Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Figura 2), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.



Figura 2. Impresso de notificação de incidentes/ eventos adversos (frente).

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
|  <p>PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha</p> | |  | | Data da notificação: ____/____/____ | | ETIQUETA Prontuário: _____ Nome: _____ Mãe: _____ CNIS: _____ SIS pré-natal: _____ Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ | |
| FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA | | | | | | | |
| <i>A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.</i> | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES DO PACIENTE | | | | | | | |
| Idade: _____ | | Gestante? () Sim () Ignorado | | Puerpera? () Sim () Ignorado | | Data da admissão: ____/____/____ | |
| Sexo: () Feminino () Masculino | | () Não | | () Não | | | |
| DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL) | | | | | | | |
| Nome: _____ | | | | e-mail: _____ | | | |
| Função: _____ | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA | | | | | | | |
| Data da ocorrência: ____/____/____ | | O evento já ocorreu anteriormente? () Sim () Ignorado () Não | | Quantas vezes? () Duas vezes () Mais de quatro vezes () Três vezes | | | |
| Local da ocorrência: () Alojamento Conjunto () Unidade Neonatal () UTI Adulto () Internação Adulto () PSO () CGAR | | () Centro Cirúrgico () Pré-parto () Ambulatório () Laboratório () Outros | | | | | |
| Fato: O que aconteceu? _____ | | | | | | | |
| Possíveis falhas: () Procedimento () Medicamento () Material () Equipamento () Estrutura () Comunicação () Outros | | | | | | | |
| A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos) _____ | | | | | | | |
| Providências Tomadas: _____ | | | | | | | |
| Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 5 umas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos e Bloco Cirúrgico | | | | | | | |

Formulário para Notificação de Incidentes - frente - Cód. 196A



Figura 3. Urna para depositar as notificações.

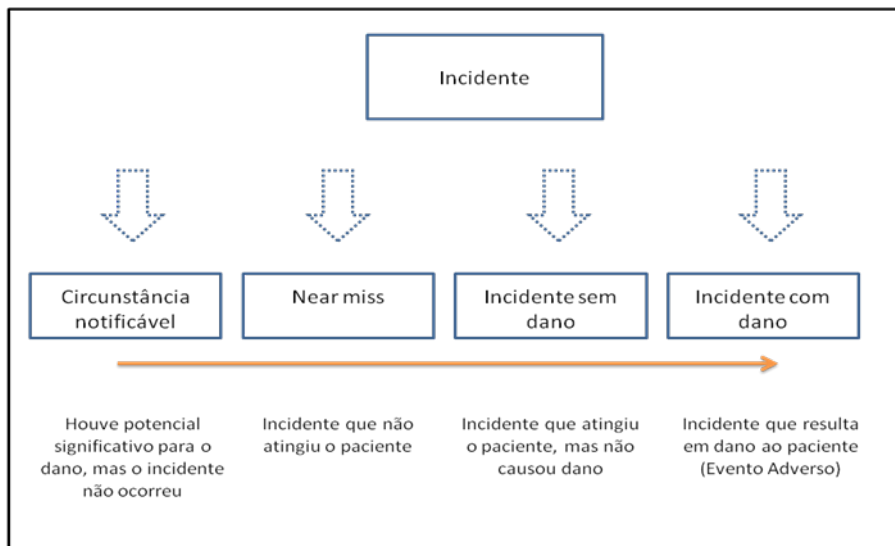


Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas.



Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de *Brainstorming* e Diagrama de Ishikawa para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

11.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente, como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim.

No HMEC desde o início essas iniciativas foram norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 3 Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71.
- 4 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMed J. 2001;322:517–9.
- 5 Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Med Assoc J. 2004; 170:1678-86.
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- 7 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- 8 Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347.20.
- 9 The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2016

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutiva.*
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.*
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.*