Art. 7º Integra a presente resolução, em forma de anexo, informações técnicas e os tipos de dispositivos próprios para punção intraóssea, disponível no sítio de internet do Cofen (www.portalcofen.gov.br).

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
Presidente do Conselho

ANTÔNIO MARCOS F. GOMES
1º Secretário
Em exercício

ANEXO

CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS E TIPOS DE DISPOSITIVOS PARA ACESSO VASCULAR INTRAÓSSEO

A obtenção do acesso venoso em pacientes gravemente traumatizados ou clinicamente instáveis é um procedimento indispensável para o restabelecimento da condição hemodinâmica, seja para a reposição volêmica com soluções isotônicas e hemoderivados, seja para a administração de drogas utilizadas na urgência e emergência.

Desde 2005 a American Heart Association® preconiza o acesso intravenoso ou intraósseo, em detrimento à administração via tubo endotraqueal[1], para administração de drogas como a adrenalina, entre outras; mantendo a indicação até sua última atualização, em 2015(2).

Em uma análise retrospectiva acerca da comparação entre acesso intravenoso versus intraósseo para o tempo da administração da primeira adrenalina no atendimento pré-hospitalar, concluiu-se que a via intraóssea foi mais rápida que a intravenosa (5 min. / 8,8 min.; p<0,001) (3).

Segundo o PHTLS®, em sua nona edição[4], o princípio para o acesso vascular intraósseo é "estabelecer um local de acesso vascular para líquidos e medicamentos quando o tradicional acesso intravascular não é possível."

A primeira opção para obtenção de um acesso venoso na emergência é pela punção de uma veia periférica em sítio anatômico de rápida e fácil localização e grande calibre, adequado à situação clínica do doente. "O acesso intraósseo com equipamento especialmente desenvolvido para esse fim é factível em todas as faixas e grupos etários, podendo ser utilizado no hospital até que um acesso intravenoso seja obtido, devendo ser descontinuado quando não mais necessário." (ATLS® 10ª ed.) (5).

No adulto, existem mais opções de sítios anatômicos de punção, como por exemplo, a tíbia proximal e distal, a cabeça do úmero e o esterno[4].

Na criança, o sítio anatômico preferido para a punção intraóssea é a tíbia proximal, abaixo da tuberosidade da tíbia (5).

Outras localizações, como crista ilíaca (4) e fêmur distal (5) são descritos na literatura; contudo, os sítios anatômicos mais comumente utilizados são os descritos acima, cujos dispositivos e agulhas são específicos para cada local escolhido; e idade do paciente.

As contraindicações para o acesso intraósseo são: infecção ou queimadura no local escolhido para punção, dificuldade em localizar o sítio de punção, fratura no osso escolhido, fratura no osso acima do osso escolhido (relativa), sinais de cirurgia no local da punção, anatomia óssea imperfeita e inabilidade do profissional (6).

Os dispositivos para punção intraóssea podem ser manuais ou automáticos. Os dispositivos manuais tem sua utilização em crianças (pela maior facilidade de transpor o tecido ósseo) e os automáticos em crianças ou adultos.

Os dispositivos manuais podem ser reprocessáveis (Figura 01) ou de uso único (Figura 02).

Legenda da Figura 1: Agulha intraóssea manual reprocessável

Legenda da Figura 2: Agulha intraóssea manual descartável

Os dispositivos automáticos podem ser por acionamento de mola interna (Figura 03); de acionamento por mecanismo rotacional (Figura 04) ou por acionamento de mola interna de uso exclusivo no esterno (Figura 05).

Legenda da Figura 3: Agulha intraóssea tipo pistola

Legenda da Figura 4: Agulha intraóssea tipo motor rotativo

Legenda da Figura 5: Agulha intraóssea exclusiva para punção esternal

Para cada dispositivo existem técnicas diferentes, as quais devem ser exploradas durante a capacitação para sua utilização.

Os dispositivos acima exemplificados são, até o momento da publicação desta norma, os únicos com licença de uso no Brasil, emitido pela ANVISA, para utilização no acesso intraósseo para administração de drogas e soluções. Existem outros dispositivos, mas com a finalidade de aspiração de medula para realização de exames diagnósticos, os quais não se aplicam para efeitos desta Resolução.

1. Referências

(1) Currents in Emergency Cardiovascular Care. American Heart Association. Citizen CPR Foundation, inc. Volume 16, Número 4 Dez/05 - Fev/06.

(2) Destaques da American Heart Association 2015. American Heart Association. Guidelines 2015/CPR&ECC. American Heart Association. Dalas, Texas, EUA. 2015.

(3) Ross EM[1], Mapp J (1), Kharod C (2), Wampler DA (3), Velasquez C (4), Miramontes DA (5). Time to epinephrine in out-of-hospital cardiac arrest: A retrospective analysis of intraosseous versus intravenous access. Am J Disaster Med. 2016 Spring;11(2):119-123. doi: 10.5055/ajdm.2016.0230.

(4)Prehospital Trauma Life Support - PHTL - Nona Edição. NAEMT®. American College of Surgeons - Committee on Trauma. Jones&Bartlett LEARNING. Public Safety Group. ISBN: 978-1-284-19750-1. Edição em português. ARTMED. 2020.

(5)Suporte Avançado de Vida no Trauma - ATLS - Décima edição. Manual do curso de alunos. American College of Surgeons - Committee on Trauma. Coyright 2018. Chicago, EUA. ISBN: 78-0-9968262-3-5.

(6)Benjamin Lawner, Corey M. Slovis, Raymond Fowler, Paul Pepe, Amal Mattu. Avoiding Common Prehospital Errors. Wolters Kluwer. Lippincott Williians & Wilkins. ISBN: 978-1-4511-3159-8. Philadelphia, USA, 2013.

2. Documentos iconográficos

a. Figura 01: https://www.tamussino.com.br/pt/agulha-intraossea. Acessado em junho de 2020.

b. Figura 02: http://unitmed.com.br/produto.php?id=27. Acessado em junho de 2020.

c. Figura 03: https://www.boundtree.com/IV-Drug-Delivery/Intraosseous-Needles/Bone-Injection-Guns-B-I-G-/p/group001314. Acessado em junho de 2020.

d. Figura 04: https://www.emsworld.com/article/11309214/vascular-access-when-you-need-it-most

e. Figura 05: https://www.google.com/search?q=FASTResponder&tbm=isch&ictx=1&tbs=rimg:CQBWHnLjvtATIggAVh5y477QEyoSCQBWHnLjvtATEUPgfc_1Nrs6h&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwjg4dOD0rnrAhVxgXIEHfIGA_UQiRx6BAgAEAQ&biw=1263&bih=587#imgrc=n0KS1IQOmlASyM. Acessado em junho de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

ACÓRDÃO Nº 402, DE 17 DE SETEMBRO DE 2020

O PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, reunido em sessão virtual da 332ª Reunião Plenária Extraordinária, ocorrida em 17 de setembro de 2020, no uso de suas atribuições e disposições regulamentares, conferidas pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e pela Resolução-COFFITO nº 413, de 19 de janeiro de 2012, em virtude da necessidade de manter os serviços públicos indispensáveis e considerando:

I - A solicitação do próprio Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região, nos termos do OF. CREFITO-3/GAPRE/Nº 369/2020, em que informa o final da gestão para o dia 20 de setembro de 2020 sem que o processo eleitoral tenha sido concluído com a eleição de novos mandatários para o CREFITO-3, assim como requer interlocução com o COFFITO para a adoção de medidas de transição da atual gestão para uma gestão provisória;

II - Que a intervenção se configura na assunção provisória e episódica do Conselho Regional pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em homenagem ao Princípio da Continuidade dos Serviços Públicos, estando a medida amparada pelo art. 5º, inciso IV, da Lei Federal nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e regulada pelo art. 59 da Resolução-COFFITO nº 519, de 13 de março de 2020;

ACORDAM os Conselheiros Federais, à unanimidade, em promover a intervenção administrativa no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região, nos termos do art. 5º, inciso IV, da Lei Federal nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, cabendo à Presidência editar Portaria regulando a medida interventiva, na forma do art. 59, caput, da Resolução-COFFITO nº 519, de 13 de março de 2020.

QUÓRUM: Dr. Roberto Mattar Cepeda - Presidente; Dra. Ana Carla de Souza Nogueira, Vice-Presidente; Dr. Cássio Fernando Oliveira da Silva, Diretor-Secretário; Dr. Abidiel Pereira Dias, Diretor-Tesoureiro; Dra. Ana Rita Costa de Souza Lobo Braga, Conselheira Efetiva; Dr. Leandro Lazzareschi, Conselheiro Efetivo; Dr. Marcelo Renato Massahud Júnior, Conselheiro Efetivo; Dr. Maurício Lima Poderoso Neto, Conselheiro Efetivo; e Dra. Patrícia Luciane Santos de Lima, Conselheira Efetiva.

IMPEDIMENTO: declarou-se impedido o Dr. Leandro Lazzareschi.

ROBERTO MATTAR CEPEDA
Presidente do Conselho

CÁSSIO FERNANDO OLIVEIRA DA SILVA
Diretor-Secretário

CONSELHO FEDERAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS

RESOLUÇÃO Nº 1.167 - CONFERE, DE 17 DE SETEMBRO DE 2020

Corrige os valores máximos autorizados pela Lei nº 4.886, de 09.12.1965, com as alterações da Lei nº 12.246, de 27.05.2010, e fixa as anuidades para o exercício de 2021, que serão cobradas pelos Conselhos Regionais dos Representantes Comerciais das pessoas físicas e jurídicas neles registradas e dá outras providências.

O Conselho Federal dos Representantes Comerciais - Confere, por sua Diretoria Executiva, no uso das atribuições legais previstas no artigo 10, VIII, da Lei nº 4.886, de 09 de dezembro de 1965, com as alterações introduzidas pela Lei nº 12.246, de 27 de maio de 2010, e no artigo 12, XVIII do Regimento Interno,