

## **Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.528**

### **OBJETO:**

Seleção emergencial de instituição sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área da saúde (OSS), para celebração de CONTRATO DE GESTÃO visando o gerenciamento institucional de ações e serviços em saúde no COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO – **CHRDJC**, localizada no Município de Patos, Estado da Paraíba, funcionando em tempo integral (24 horas/dia), segundo as normas do projeto básico, bem como de seus anexos.



**ÍNDICE**  
**VOLUME III**

<b>4.7.2.2 Fisioterapia.....</b>	<b>993</b>
<b>4.7.2.3. Procedimentos Operacionais Padrão para Ambulatório, Enfermaria, UTI Adulto, Bloco Cirúrgico e CME.....</b>	<b>1082</b>
<b>4.7.2.4 Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.....</b>	<b>1166</b>
<b>4.7.2.5 Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Farmácia Hospitalar.....</b>	<b>1237</b>
<b>4.7.2.6 Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Nutrição e Dietética.....</b>	<b>1267</b>
<b>4.7.2.7 Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Psicologia Hospitalar.....</b>	<b>1334</b>
<b>4.7.2.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).....</b>	<b>1343</b>
<b>4.8 Implantação de Fluxos e Processos.....</b>	<b>1345</b>
<b>4.8.1 Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação em Áreas Restritivas, Externas e de Internações.....</b>	<b>1345</b>
<b>4.8.2 Fluxos para Registro de Documentos de Usuários e Administrativos.....</b>	<b>1357</b>
<b>4.8.3 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados.....</b>	<b>1360</b>
<b>4.8.3.1 Processos CME- RDC ANVISA 15, de 15/03/2012.....</b>	<b>1362</b>
<b>4.8.4 Fluxo Unidirecional para Roupas.....</b>	<b>1369</b>
<b>4.8.5 Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde.....</b>	<b>1375</b>
<b>4.8.6 Fluxo Operacional para Materiais e Medicamentos.....</b>	<b>1383</b>

<b>4.9 Serviço de Oncologia no Complexo Hospitalar Regional Deputado</b>	
<b>Janduhy Carneiro.....</b>	<b>1388</b>
<b>4.9.1 Manual de Normas e Rotinas para o Serviço de Oncologia/CHRDJC..</b>	<b>1389</b>
<b>5. EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....</b>	<b>1397</b>
<b>5.1 A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS.....</b>	<b>1399</b>
<b>5.1.1 Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos.....</b>	<b>1403</b>
<b>5.2 Educação em Saúde.....</b>	<b>1421</b>
<b>5.3 Projetos Educacionais.....</b>	<b>1423</b>
<b>6. METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL, INCREMENTO DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO.....</b>	<b>1428</b>
<b>6.1 Metas de Produção Assistencial.....</b>	<b>1428</b>
<b>6.1.1 Capacidade de Incrementos.....</b>	<b>1432</b>
<b>6.2 Metas de Qualidade e Desempenho.....</b>	<b>1432</b>
<b>6.3 Monitoramento do Contrato de Gestão.....</b>	<b>1437</b>
<b>6.3.1 Roteiro para Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão.....</b>	<b>1439</b>

#### 4.7.2.2 Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia hospitalar atua no contexto da funcionalidade, o que beneficia realização de ações voltadas para integralidade e inclusão social, abordando tanto a condição de saúde do indivíduo quanto a dinâmica social intrínseca à família e a comunidade. A atuação no âmbito hospitalar concerne em minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras, bem como promover integração sensória motora e cognitiva.

A atuação desse serviço será avaliada pela equipe técnica da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** visando a organização das ações de fisioterapia no hospital, em conformidade com a legislação vigente. Nesse sentido, a presente proposta apresenta os Procedimentos Operacionais Padrão para atendimento de fisioterapia em unidade hospitalar, conforme o perfil do hospital e serviços que serão reestruturados e implantados.

LISTAGEM	
PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DE FISIOTERAPIA	
POP 01	AVALIAÇÃO
POP 02	ASPIRAÇÃO TRAQUEOBRÔNQUICA
POP 03	ASPIRAÇÃO DE SISTEMA FECHADO
POP 04	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS
POP 05	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
POP 06	CINESIOTERAPIA
POP 07	ASPIRADO TRAQUEAL
POP 08	PRESSÃO DE CUFF
POP 09	DESMAME
POP 10	EXTUBAÇÃO
POP 11	FLUXOMETRIA

<b>POP 12</b>	MANOVACUÔMETRO
<b>POP 13</b>	OXIGENOTERAPIA POR BAIXO CUSTO
<b>POP 14</b>	OXIGENOTERAPIA POR ALTO FLUXO
<b>POP 15</b>	TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR
<b>POP 16</b>	TERAPIA DE HIGIENE BRÔNQUICA
<b>POP 17</b>	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO TRM
<b>POP 18</b>	ESPIROMETRIA DE INCENTIVO
<b>POP 19</b>	BOX DE EMERGÊNCIA
<b>POP 20</b>	RECRUTAMENTO
<b>POP 21</b>	PCR

## **POP 01 – AVALIAÇÃO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Estetoscópio;

Esfigmomanômetro;

Oxímetro.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

Consultar o prontuário do paciente para obter identificação e dados como: antecedentes, história da moléstia atual e motivo da internação.

Em caso de atendimentos de urgência e impossibilidade de verificar o prontuário antes do atendimento, solicitar os dados do quadro do paciente com o médico e/ou a equipe de enfermagem da unidade.

Avaliar nível de consciência

Checar sinais vitais

Realizar avaliação respiratória  
Realizar inspeção geral  
Avaliação motora e sensitiva  
Avaliação de coordenação  
Avaliação de equilíbrio estático e dinâmico  
Avaliação da marcha  
Avaliação de funcionalidade  
Exames complementares

#### **4 - PROCEDIMENTOS**

##### **Nível de consciência**

1. Avaliar pupilas em pacientes comatosos e sedados.

##### **Sinais vitais**

1. No plano de cuidados ou monitor cardíaco: anotar em caso de necessidade de drogas vasoativas.

##### **Avaliação respiratória**

1. Frequência respiratória: eupneia, taquipneia, bradipneia ou apneia;
2. Padrão respiratório: apical, diafragmático, misto ou paradoxal;
3. Ritmo respiratório: regular ou irregular (Cheynne-Stokes, Kusmmaull, Biot ou Apnêustico);
4. Presença de tiragens: intercostais, fúrcula esternal, xifoideana, supra ou infra-clavicular;
5. Presença intensa do uso de musculatura acessória;
6. Presença de enfisema subcutâneo e a sua localização;
7. Realizar ausculta pulmonar determinando a presença, diminuição ou ausência do murmúrio vesicular, bem como a presença ou ausência dos ruídos adventícios (roncos, sibilos ou estertores) com a sua localização no parênquima pulmonar;
8. Presença de dor torácica: dor pleural, dor mediastínica, dor de parede torácica (origem muscular), dor retroesternal ou dor psicossomática;
9. Expansibilidade pulmonar e simetria;
10. Oximetria de pulso;
11. Presença de secreção pulmonar: aspecto e quantidade;

12. Presença de drenos: local, oscilação, débito e aspecto;
13. Necessidade de suplementação de oxigênio: qual equipamento utilizado e aporte necessário;
14. Necessidade de suporte ventilatório invasivo e não invasivo: equipamento utilizado, modalidade ventilatória e parâmetros ventilatórios;
15. Avaliar presença de sinais e sintomas de desconforto respiratório.

### **Inspeção geral**

1. Coloração: normocorado, hipocorado, hiperorado, anictérico, icterico, acianótico, cianótico;
2. Conformidade torácica: tórax em tonel, tórax carinado, tórax em quilha de navio, tórax paralítico, tórax simétrico, tórax assimétrico ou tórax em ampulheta;
3. Presença de curvaturas anormais da coluna: hipercifose, cifo escoliose ou escoliose;
4. Expansibilidade torácica: simétrica ou assimétrica;
5. Presença de expiração forçada ou ativa;
6. Presença de drenos: torácicos, abdominais, cefálicos e outros;
7. Avaliar qualidade da secreção e quantidade;
8. Presença de cicatrizes e/ou incisões cirúrgicas;
9. Presença de catéteres;
10. Presença de sondas;
11. Presença de fixadores;
12. Presença de tosse e expectoração da secreção: avaliar quantidade, viscosidade (fluida ou viscosa), coloração (esbranquiçada, amarelada, esverdeada, marrom ou escura e rósea) e odor (inodora ou fétida);
13. Presença de hemoptise;
14. Presença de sudorese profusa.

### **Avaliação motora e sensitiva**

1. Presença de déficits motores e sensitivos, contraturas, encurtamentos e deformidades.

### **Coordenação**

1. Index-index, index-nariz, calcanhar-joelho + disdiadococinesia.

### **Equilíbrio estático**

1. Teste de Romberg (pés juntos, braços ao lado do corpo por 20”);
  - \*Mínimo deslocamento (negativo);
  - \*Deslocamento importante ântero-posterior (positivo);
  - \*Deslocamento importante látero-lateral (positivo).
2. Teste de Romberg sensibilizado (postura Tandem – pé não dominante a frente por 5”);
  - \*Mínimo deslocamento (negativo);
  - \*Estratégia de equilíbrio de tornozelo e/ou quadril e/ou do passo (positivo);
  - \*Reflexo de proteção (positivo).
3. Suporte unipodal (joelho e quadril fletidos por 5”);
  - \*Consegue permanecer na posição (negativo);
  - \*Não consegue permanecer na posição (positivo).

### **Equilíbrio dinâmico**

1. Passos em linha reta (ver quantidade de passos);
  - \*Menos de 2 passos sobre linha reta (fraco desempenho);
  - \*De 2 a 10 passos sobre a linha reta (medo e insegurança);
  - \*Mais de 10 passos sobre a linha reta (bom desempenho).
2. *Timed get up and Go test* (levantar da cadeira, percorrer 3 metros, regressar e sentar na mesma cadeira – ver tempo gasto);
  - \*10” ou menos (sem alteração de equilíbrio);
  - \*20” (independência para atividades básicas);
  - \*30” ou mais (dependente na mobilidade e AVD’s).

### **Marcha**

1. Avaliar cada membro inferior de forma separada em todas as vistas (anterior, posterior e lateral), identificando cada fase da marcha e suas possíveis alterações;
2. Identificar se o paciente utiliza dispositivo auxiliar de marcha e/ou órteses e, avaliar se estão adequados;
3. Mensurar: passo, passada, cadência e largura da base para identificar possíveis alterações e utilizar esses parâmetros para quantificar evolução do paciente.



### **Funcionalidade: Medida de Independência Funcional (MIF)**

1. Uso de órteses, próteses e meios de contenção;
2. Uso de tração;
3. Avaliar marcha, quando necessário e possível.

### **Exames complementares**

1. Raio X;
2. Tomografia;
3. Dados gasométricos: lactato sérico, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, BE, HCO<sub>3</sub>.

### **Riscos envolvidos e cuidados**

1. Não identificação de alguma das necessidades do paciente.

### **Orientações ao cliente**

1. Realizar apresentação do profissional e dos procedimentos a serem realizados.

## **5 - REGISTROS**

1. Pacientes internados:

\*Registrar condutas realizadas no momento da admissão e estabelecer o planejamento fisioterapêutico com os objetivos conforme a avaliação do paciente.

## **6 – SIGLAS**

AVD's – Atividade de Vida Diárias

PaO<sub>2</sub> – Pressão Arterial de Oxigênio

PaCO<sub>2</sub> – Pressão Arterial de Gás Carbônico

## **POP 02 - ASPIRAÇÃO TRAQUEOBRÔNQUICA**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Aspirador montado com frasco redutor, coletor de secreções e extensões (látex);

Frasco com água (não é necessário ser estéril);

Ressuscitador manual (Bolas-valva-máscara) conectado a rede de oxigênio;

Bandeja auxiliar contendo: sonda de aspiração, soro fisiológico (20 ml), gazes, estetoscópio, xilocaína gel;

Luva estéril e de procedimento;

Óculos de proteção;

Máscara;

Touca;

Gorro;

Avental não estéril.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

Evitar contaminação cruzada;

Evitar hipoxemia ou atelectasia induzida pela aspiração prolongada;

Dar preferência por cateteres com entradas laterais para minimizar a lesão na mucosa;

Considerar o tamanho do cateter que não poderá ser maior que a metade do diâmetro do tubo endotraqueal ou traqueostomia a que será inserido;

Evitar o traumatismo da mucosa traqueal e/ou brônquica;

Evitar o sangramento;

Monitorar o paciente para evitar arritmias cardíacas ou broncoespasmos induzidos pelo procedimento;

Solicitar avaliação médica e medicação em casos que evoluam com arritmias ou broncoespasmos;

Evitar aspiração prolongada sem devida sedação em pacientes neurológicos para evitar o aumento da pressão intracraniana;

Manter a cabeça do paciente em posição neutra durante o procedimento, pois rotação, flexão ou extensão da cabeça dificulta o retorno venoso ocasionando elevação da PIC;

Avaliar a fixação da cânula orotraqueal ou da cânula de traqueostomia e proteção com gazes para prevenir úlcera por pressão (UP);

A aspiração traqueal não deve ser realizada em horários fixos, mas deve ser precedida pela avaliação da ausculta pulmonar, pela presença de secreção nas vias aéreas superiores, pelo aspecto e cor da secreção;

Não aspirar por mais de 15 segundos e deixar intervalos de 1-2 minutos entre cada aspiração e nestes intervalos administrar  $FiO_2$  a 100% ou  $O_2$  a 10 ou 15 L/min.;

Antes, durante e após o procedimento deve-se observar alterações na pressão arterial e na  $SpO_2$ .

#### **4 - PROCEDIMENTOS**

##### **Aspiração orotraqueal e nasotraqueal**

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Providenciar material necessário;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
4. Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente;
5. Proteger os olhos do paciente de secreções;
6. Elevar decúbito em  $30^\circ$  a  $45^\circ$ ;
7. Colocar máscara, óculos de proteção, gorro, avental e higienizar as mãos;
8. Testar funcionamento do aspirador;
9. Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la a extremidade da extensão;
10. Ligar a fonte de aspiração e ajustar a pressão negativa em 80 e 120 mmHg;
11. Aumentar a  $FiO_2$  de 10 a 15 L/min no máximo;
12. Calçar as luvas, desconectar a fonte de  $O_2$  com a mão enluvada, não estéril;
13. Com a mão enluvada estéril, introduzir a sonda de aspiração nasal/oral sem sucção, até o ponto de resistência;
14. Soltar o látex para a criação de sucção, realizando aspiração com movimentos circulares suaves, mantendo o cateter por no máximo 10 segundos;
15. Conectar a fonte de  $O_2$  ao paciente; repetir as operações, o mínimo possível;
16. Ao final da aspiração, manter a  $FiO_2$  elevada durante 1-2 minutos ou até estabilização da saturação de  $O_2$ ;
17. Desprezar a sonda de aspiração em local apropriado. Aspirar a água do frasco, lavando a extensão do aspirador;

18. Desligar o aspirador;
19. Proteger a extremidade da fonte de sucção com invólucro do cateter de aspiração;
20. Observar características da secreção (espessa, fluida, odor, etc.);
21. Higienizar as mãos;
22. Auscultar pulmões e reavaliar suas condições clínicas;
23. Fazer as anotações no prontuário.

### **Aspiração de traqueostomia ou endotraqueal**

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Providenciar material necessário;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
4. Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente;
5. Proteger os olhos do paciente de secreções;
6. Elevar decúbito em 30° a 45°;
7. Colocar máscara, óculos de proteção, gorro, avental e higienizar as mãos;
8. Testar funcionamento do aspirador;
9. Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la a extremidade da extensão;
10. Ligar a fonte de aspiração e ajustar a pressão negativa em 80 e 120 mmHg;
11. Regular a FiO<sub>2</sub> em 100% caso esteja em VM;
12. Calçar as luvas, desconectar o ventilador mecânico com a mão enluvada, não estéril, protegendo a conexão em Y do circuito;
13. Com a mão enluvada estéril, introduzir a sonda de aspiração na cânula de intubação ou traqueal, sem sucção, até o ponto de resistência;
14. Soltar o látex para a criação de sucção, realizando aspiração com movimentos circulares suaves, evitando os movimentos bruscos de vai e vem, mantendo o cateter por no máximo 15 segundos;
15. Conectar o ventilador mecânico ao paciente; repetir as operações, o mínimo possível;
16. Ao final da aspiração traqueal, manter a FiO<sub>2</sub> em 100% durante 1-2 minutos ou até estabilização da saturação de O<sub>2</sub>;

17. Desprezar a sonda de aspiração em local apropriado. Aspirar a água do frasco, lavando a extensão do aspirador;
18. Desligar o aspirador;
19. Proteger a extremidade da fonte de sucção com invólucro do cateter de aspiração;
20. Observar características da secreção (espessa, fluida, odor, etc.);
21. Higienizar as mãos;
22. Auscultar pulmões e reavaliar suas condições clínicas;
23. Fazer as anotações no prontuário.

#### **Ações em caso de não conformidade**

1. Interromper a aspiração e ventilar o paciente em casos de arritmias cardíacas, queda da saturação O<sub>2</sub>, cianose ou sangramento, mantendo a FiO<sub>2</sub> dobrada durante 1-2 minutos ou até a estabilização do quadro;
2. Relatar em prontuário alterações de não conformidade ocorridas durante o procedimento.

#### **Orientações ao cliente**

1. Realizar apresentação do profissional e dos procedimentos a serem realizados.

#### **5 – RESULTADOS ESPERADOS**

1. Conforto respiratório.
2. Diminuição de resistência das vias aéreas.
3. Garantir oxigenação e ventilação pulmonar, prevenindo hipercapnia e hipóxia.

#### **6 – SIGLAS**

FiO<sub>2</sub> – Fração inspirada de oxigênio

L – Litros

O<sub>2</sub> – Oxigênio

## **POP 03 - ASPIRAÇÃO DE SISTEMA FECHADO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Soro fisiológico a 0,9%;

Seringa de 20ml;

Sistema fechado de aspiração;

Sistema de rede a vácuo testado;

01 frasco coletor de secreção;

01 látex estéril de silicone.

#### **Equipamento de proteção individual:**

Óculos de proteção

Máscara

Par de luvas

Gorro

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

Verificar a qualidade da embalagem e validade do sistema;

Não utilizar a luva plástica que envolve a sonda para puxá-la;

Manter a válvula travada após a aspiração garantindo a continuidade da ventilação mecânica;

Conectar a seringa com SF a 0,9% no dispositivo do sistema quando necessário (secreção espessa);

Fechar a via de irrigação/instilação, durante o intervalo dos procedimentos de aspiração;

Introduzir a sonda até a marca estabelecida;

Sistema deve ser trocado a cada 72 horas;

Mantenha a limpeza em toda extensão do látex após término da aspiração;

Ajustar a pressão de aspiração em 80-120 mmHg;

Utilizar sonda descartável para aspirar vias aéreas superiores;

Utilizar a sonda conforme regra prática.

## **4 - PROCEDIMENTOS**

### **Instalação**

1. Colocar a máscara descartável;
2. Lavar as mãos e calçar as luvas;
3. Selecionar o número da sonda do sistema fechado de acordo com o tamanho/diâmetro, tipo de cânula (TOT ou TQT);
4. Abra a embalagem e retire o sistema de aspiração;
5. Conectar a via vácuo da válvula de sucção do sistema fechado de aspiração à extensão do látex e este ao frasco coletor de secreção;
6. Adaptar a via paciente da peça “Y” ou “T” do sistema fechado de aspiração ao tubo traqueal e a via ventilador ao circuito do ventilador mecânico;
7. Colar o adesivo indicando o dia da troca do sistema na válvula de sucção.

### **Aspiração**

1. Aumentar a FiO<sub>2</sub> para 100%, lembrando que após o procedimento ou melhora do paciente retornar aos parâmetros iniciais;
2. Posicionar o paciente adequadamente;
3. Explicar o procedimento;
4. Ajustar a pressão do vácuo em 80 a 120mmHg;
5. Segurar o tubo “T” ou a peça “Y” com a mão não dominante e introduzir a sonda com a mão dominante até a posição desejada;
6. Destruar e apertar a válvula de controle de aspiração;
7. Retirar a sonda à medida que aspira as secreções até que a marca preta seja visualizada;
8. Permitir que o paciente se recupere entre os episódios de aspiração;
9. Repetir o procedimento quantas vezes for necessário;
10. Lavar a sonda após a aspiração com instilação de solução através da via de instilação/lavagem, mantendo a válvula de sucção pressionada;
11. Travar a válvula de aspiração;
12. Lavar as mãos;
13. Registrar o procedimento no prontuário caracterizando a secreção brônquica quanto à cor, viscosidade, quantidade;
14. Manter a unidade organizada.

### **Ações em caso de não conformidade**

1. Se o plástico que envolve a sonda romper substitua por um novo sistema;
2. Caso a válvula de sucção esteja travada, eleve a parte superior da válvula e gire-a 180°;
3. Em caso de apresentar defeito na rede do vácuo, utilizar aspirador elétrico;
4. Em caso de paciente com secreção espessa, introduzir a sonda aproximadamente 10 cm dentro do TOT ou TQT e instilar quantidade desejada de soro fisiológico através do acesso para irrigação e aguarde o ventilador mecânico ciclar por 2 ou 3 vezes;
5. Se for observado alguma alteração importante da frequência ou do ritmo cardíaco, cessar imediatamente a aspiração;
6. Em situações de sucção fraca, verificar se não existem vazamentos no sistema de tubos, no reservatório de coleta ou no regulador da aspiração, observar também se o frasco coletor não está cheio, fechando a válvula-bóia e impedindo a transmissão do vácuo.

### **5- RESULTADOS ESPERADOS**

Garantir oxigenação e ventilação pulmonar, prevenindo hipercapnia e hipóxia.

### **6 – SIGLAS**

SF – Soro Fisiológico

FiO<sub>2</sub> – Fração inspirada de oxigênio

TOT – Tubo orotraqueal

TQT - Traqueostomia



## **POP 04 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAL NECESSÁRIO**

Soro fisiológico a 0,9%;

Seringa de 20ml;

Sistema fechado de aspiração;

Sistema de rede a vácuo testado;

01 frasco coletor de secreção;

01 látex estéril de silicone.

Equipamento de proteção individual:

Óculos de proteção;

Máscara;

Par de luvas;

Gorro.

### **3 – TAREFAS CRÍTICAS**

#### **Drenagem postural**

A drenagem postural é contraindicada em algumas circunstâncias:

1. Menos de duas horas após as refeições;
2. Em pós-operatórios imediatos;
3. Em pós-operatórios de neurocirurgia craniana;
4. Em casos de anastomose esofágica;
5. Em casos ortopédicos com limitações;
6. Em casos de hérnia de Hiato;
7. Uso de sonda nasogástrica fechada;
8. Pacientes sob Ventilação Mecânica;
9. Pacientes com insuficiência respiratória aguda;
10. Pacientes com infarto do miocárdio, arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, *angina pectoris* ao exercício;
11. Pacientes com edema pulmonar;
12. Pacientes com embolia pulmonar;
13. Pacientes com tuberculose ativa;
14. Pacientes com hemoptise, pneumotórax e na presença de intolerância à posição.

## **Aspiração traqueal**

### **Sistema de Aspiração Fechado**

1. Aumento de tensão no circuito, bem como a resistência.

### **Sistema de Aspiração Aberto**

1. Inabilidade para manter a técnica asséptica;
2. Risco de contaminação cruzada;
3. Risco de traumas diretos e indiretos pela pressão negativa;
4. Necessidade de descontinuar a VM, reduzindo o fornecimento do O<sub>2</sub>, bem como a redução abrupta da PEEP. FLUTTER.

É contraindicado em casos de Pneumotórax e deve ser utilizado com cautela em pacientes cardiopatas ou que apresentem vertigens, promovendo pausas a cada 5 – 10 ciclos ventilatórios.

## **INSPIRAÇÃO EM TEMPOS**

1. É contraindicado em pacientes com aumento da resistência das vias aéreas.

## **4 – PROCEDIMENTOS**

### **Respiratório**

1. A fisioterapia respiratória pode ser utilizada em pacientes críticos, com o objetivo de prevenir e/ou tratar complicações respiratórias.
2. Dentre as técnicas fisioterapêuticas empregadas tem-se:

#### **Hiper Oxigenação (FIO<sub>2</sub> = 100%)**

1. É o fornecimento concentração de O<sub>2</sub> à 100% previamente ao procedimento de aspiração traqueal, com o objetivo de diminuir a hipoxemia induzida pela aspiração traqueal.

### **Técnicas de higiene brônquica**

#### **Hiperinsuflação Manual (HM)**

Consiste na desconexão do paciente do ventilador pelo fisioterapeuta, seguida de insuflação pulmonar com um ressuscitador manual, aplicando-se volume de ar maior do que o volume corrente utilizado. Frequentemente, realizam-se inspirações lentas e profundas, seguidas de pausa inspiratória e uma rápida liberação, a fim de obter um aumento do fluxo expiratório. É indicada em pacientes que apresentem acúmulo de secreção traqueobrônquica, pois potencializa as forças retração elásticas do pulmão, levando ao aumento do pico de fluxo expiratório e promovendo o deslocamento da secreção acumulada nas vias aéreas.

### **Compressão Brusca do Tórax**

É a compressão vigorosa do tórax, no início da expiração espontânea ou da fase expiratória da ventilação mecânica, produzindo um aumento do fluxo expiratório. Deve ser realizada em pacientes com ausência ou diminuição do reflexo de tosse e em pacientes com dificuldade de mobilizar secreção, especialmente aqueles com disfunção neuromuscular.

### **Drenagem Postural, Vibração, Tapotagem e Percussão Torácica**

A **Percussão Torácica** consiste em percutir sobre o tórax mediante o movimento de desvio ulnar com uma das mãos semifechadas, com o lado hipotênar sobre a outra mão, e busca transmitir ondas de energia através da parede torácica, favorecendo o descolamento e deslocamento das secreções.

Já a **Tapotagem** consiste em percutir com as mãos em forma de concha as regiões torácicas relacionadas com as áreas pulmonares com secreção, devendo impor boa mobilidade de flexoextensão do punho e quase nenhum movimento de cotovelo e nenhum movimento de ombro.

Quanto à **Vibração Torácica**, consiste em movimentos rítmicos, rápidos e isométricos, com as mãos espalmadas, acopladas ao tórax e com certa pressão e intensidade suficiente para causar a vibração em nível brônquico.

### **Contraindicações** ou realizadas com cautela:

Apresentem sibilos exacerbados;

Apresentem dispneia, crise asmática, edema agudo de pulmão, fratura de costelas;

Apresentem cardiopatias graves, presença de hemoptise, metástase pulmonar ou mediastinal;

Em que haja menos de uma hora após as refeições;

Apresentem hipersensibilidade na pele, tórax senil ou osteoporose acentuada;

Em pacientes submetidos à ventilação mecânica, as manobras devem ser realizadas em sincronismo com o ventilador.

A **Drenagem Postural** consiste no posicionamento do corpo do paciente, de modo que o segmento pulmonar a ser drenado seja favorecido pela ação da gravidade. O Posicionamento no leito tem como objetivo otimizar a relação ventilação/perfusão, aumentar o volume pulmonar, reduzir o trabalho ventilatório e cardíaco e aumentar a depuração mucociliar. Esta técnica pode e deve ser utilizada concomitantemente com outra técnica de desobstrução brônquica.

Todas as manobras citadas anteriormente devem anteceder ao procedimento de aspiração traqueal.

**Manobra de Bag-Squeezing:** manobra de desobstrução Brônquica que consiste na aplicação de hiperinsuflação pulmonar com bolsa-valva-máscara, seguida de instilação de solução fisiológica e manobras cinésicas de compressão brusca do tórax com posterior aspiração das secreções.

### **Aspiração Traqueal**

- É a retirada passiva das secreções, com técnica asséptica, por um catéter conectado a um sistema de vácuo, introduzido na via aérea artificial. É um procedimento invasivo, irritante e desconfortável para os pacientes. Pode promover complicações, entre as quais tosse, broncoespasmo, hipoxemia, disritmias e lesões na mucosa (Lesões na mucosa e no sistema mucociliar estão associados à técnica do operador e à quantidade de pressão usada (que não deve exceder 150 mmHg em adultos).
- A aspiração somente deverá ser realizada quando necessária, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo, secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar, padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela do ventilador, etc.) ou na presença de desconforto respiratório.

### **Classificação dos sistemas de aspiração**

O **Sistema de Aspiração Fechado** consiste em um sistema incorporado ao VM, com cateter de aspiração que pode ser utilizado repetidamente durante 24 a 48 horas, não sendo necessário desconectar o paciente do VM. Necessita de pré-oxigenação.

Vantagens - Fornecimento de FiO<sub>2</sub> e PEEP constantes;

Menor probabilidade de hipoxemia e infecção cruzada;

Custo é menor que cateteres descartáveis.

O **Sistema de Aspiração Aberto** é o método mais utilizado e necessita de treinamento do profissional.

O cateter utilizado é estéril e descartável, podendo conter válvula ou não; Necessita de paramentação adequada pelo risco de contato direto com as secreções, utilização de luvas estéreis, bem como soluções de instilação estéreis, e de pré oxigenação. A Pressão de aspiração deve ser regulada adequadamente.

Os dois sistemas são igualmente eficazes na remoção de secreções. No entanto, o sistema fechado determina menor risco de hipoxemia, disritmias e de contaminação e deve ser preferido, principalmente em situações nas quais são usados valores de PEEP elevados, como na lesão pulmonar aguda.

## **Tosse Assistida**

É a realização de um estímulo manual, com a palma das mãos sobre o tórax e abdome do paciente no momento em que ele tenta tossir. É utilizada na presença de fraqueza muscular abdominal ou na presença de alta irritabilidade das vias aéreas, na posição sentada.

### **Descrição da Técnica:**

Antes de realizar esta manobra deve-se ensinar ao paciente a maneira correta de tossir, utilizando a musculatura abdominal, sendo que ao preceder a tosse o paciente deverá realizar uma inspiração profunda para produzir um fluxo aéreo maior e mais rápido, causando turbulência aérea suficiente para arrastar as secreções pulmonares para fora da árvore brônquica.

A pressão no tórax e abdome deve ser repetida de duas à três vezes, promovendo uma certa compressão.

Se possível o paciente deverá realizar uma extensão do tronco durante a inspiração e uma flexão do tronco durante a tosse, favorecendo o movimento torácico da tosse.

Em casos de pós-operatórios, com incisões cirúrgicas no tórax ou abdome:

Deve-se explicar a importância do ato de tossir corretamente para manutenção da higiene das vias aéreas.

O paciente deve fletir o tronco sobre a incisão, colocando um travesseiro sobre a área, pressionando-o com as mãos;

Em seguida deve inspirar profundamente e tossir fortemente, utilizando os músculos abdominais, de preferência com a glote e a boca semiaberta evitando forçar os pontos da incisão.

## **Estimulação da Tosse**

Pode ser realizada manualmente pela compressão da parte superior da traqueia ou por uma compressão brusca do tórax do paciente, é um recurso bastante desconfortável, sendo mais eficaz em pacientes em estado comatoso e inconsciente.

## **Técnicas de expansão e reexpansão pulmonar**

### **Estimulação Diafragmática**

É uma estimulação proprioceptiva, cinésica ou manual, consiste em um trabalho muscular diafragmático de contração “contração resistida”, seguida da contração voluntária máxima. Tem por objetivo reeducar ou melhorar a respiração diafragmática, acarretando melhor ventilação.

### **Descrição da Técnica:**

Primeiramente o fisioterapeuta, na fase expiratória, pinça com a sua mão o abdome do paciente;

Durante a inspiração, mantém o pinçamento e introduz a mão na direção do diafragma, no sentido caudal-cranial, mantendo pressionada até dois terços da pressão que o paciente conseguir gerar;

Neste momento, retira-se a mão bruscamente, no terço final da pressão, gerando a facilitação do movimento inspiratório com expansão máxima do abdome;

Recomenda-se cuidados com cicatrizes cirúrgicas na região ou dores abominais.

### **Uso de Incentivadores Respiratórios (Inspiração Máxima Sustentada - SMI)**

Os incentivadores respiratórios são recursos mecânicos, portáteis, de baixo custo e em geral de uso individual e assim sendo, descartáveis.

Fundamentam-se no oferecimento de uma resistência à respiração podendo ser de Carga Alinear Pressórica (utilizados para a Reexpansão pulmonar) ou de Carga Linear Pressórica (utilizados para o treinamento muscular).

### **Incentivadores de Carga Alinear Presssórica**

Oferecem uma resistência desconhecida e variável durante todo o movimento respiratório, embora possam fornecer escalas a fluxo ou à volume, não se tem conhecimento da pressão a ser exercida pelo paciente. São considerados fluxo dependentes. A pressão inspiratória necessária para atingir o volume determinado é de difícil controle

### **Incentivadores de Carga Alinear Pressórica à Fluxo**

Consistem em uma ou mais câmaras plásticas que abrigam uma esfera móvel e colorida. Quando os pacientes inspiram em fluxos inspiratórios altos, promovem a elevação das esferas, produzindo um *feedback* visual ao paciente. Ex: Respirom ou Triflo.

### **Incentivadores de Carga Alinear Pressórica à Volume**

Possuem um sistema de pistão em que um êmbolo ou disco deve ser elevado a um volume inspiratório pré-determinado. A câmara do êmbolo tem marcações que permitem visualizar o volume que deve ser atingido, e o paciente é orientado a manter o êmbolo estável no volume desejado pelo maior tempo possível. Ex: *Voldyne* 5000 e o *Voldyne* 2500.

### **Flutter**

É um dispositivo que produz uma pressão positiva oscilatória controlada durante a expiração, com interrupções reguláveis do fluxo inspiratório.

É composto de quatro partes:

Peça bucal (corpo do aparelho);

Cone de material auto lubrificante;

Esfera de aço inoxidável;

Tampa perfurada removível.

### **Descrição da Técnica:**

Posicionar o paciente adequadamente;

Orientar o posicionamento correto do equipamento na posição horizontal;

Orientar o paciente a manter os músculos abdominais descontraídos e realizar uma respiração relaxadamente;

Solicitar uma inspiração profunda, pressionando o bocal entre os lábios e mantendo as bochechas o mais firme possível, sem represar ar nelas;

Solicitar uma apneia (pausa inspiratória) de aproximadamente 2 a 3 segundos;

Orientar a realização de uma expiração profunda, utilizando os músculos abdominais, mantendo a parte superior do Tórax e os ombros o mais relaxados possível;

Solicitar nova inspiração pelo nariz, mantendo o *flutter* na boca, repetindo o processo novamente;

A seguir o paciente deve realizar um “*huffing*” e tossir.

### **Padrões Ventilatórios (PV)**

O uso destas técnicas condiciona-se a observação de algumas variáveis:

- Estado de consciência, motivação e colaboração do paciente;
- Objetivo profilático ou curativo;
- Nível laboratorial da hipoxemia;
- Estado da complacência pulmonar;
- Estado da resistência das vias aéreas;
- Capacidade do paciente em realizar trabalho respiratório;
- Estado Clínico Geral.

Os quadros de hipoxemia leve e moderada podem ser revertidos associando-se PV controle postural, cinesioterapia e suplementação de oxigênio com baixas taxas de fluxo.

### **Inspiração em tempos:**

#### **Descrição da Técnica:**

O paciente realiza uma inspiração nasal, suave, curta, interrompida por curtos períodos de apneia pós-inspiratória e programada para 2,3,4 ou 6 tempos repetitivos; A expiração é oral até o nível de repouso expiratório, podendo em alguns casos chegar até o volume de reserva expiratório médio;

A inspiração é dependente do número de tempos que se programa, podendo ser realizada com pequenos ou médios volumes.

### **P.V. com Soluções Inspiratórios:**

#### **Descrição da Técnica:**

Consiste em o paciente realizar uma inspiração por via nasal subdividida em inspirações curtas e sucessivas, enérgicas sem apneia pós-inspiratória até completar a capacidade inspiratória máxima e a capacidade pulmonar total, sendo que a última inspiração deve ser realizada por via oral.

A expiração ocorre por via oral.

**P.V. com Expiração Abreviada:** Consiste em o paciente realizar ciclos intermitentes de Inspiração Profunda, intercalando com pequenas expirações.

#### **Descrição da Técnica:**

1ª fase: O paciente inspira pelo nariz suave e profundamente. Em seguida expira uma pequena quantidade de ar;

2ª fase: Volta a inspirar profundamente a partir do término da fase 1. Expira novamente uma pequena quantidade de ar;

3ª fase: Volta a inspirar profundamente a partir do término da fase 2, expirando completamente.

### **Técnicas de Fortalecimento e *Endurance* Muscular Respiratória**

#### **Incentivadores Respiratórios de Carga Linear Pressórica**

São fluxo independentes, pois o fluxo de ar só é gerado quando uma pressão preestabelecida é realizada pelo paciente. Possuem uma válvula que permite a entrada de ar apenas quando o paciente realiza o esforço inspiratório capaz de vencer a resistência oferecida por uma mola. Tem por objetivo treinar a resistência muscular respiratória. Ex: *Threshold*.



### **Descrição da Técnica:**

Emprega-se uma carga conhecida que compreende um percentual da força muscular respiratória (40%, 60%, 80% da  $P_i$  Máx).

O paciente exercita-se por um período determinado vencendo uma resistência que se mantém constante durante o esforço inspiratório.

### **Treino de *Endurance* dos Músculos Respiratórios**

O treinamento de *endurance* dos músculos respiratórios deve ser utilizado em pacientes sob ventilação mecânica prolongada, de forma progressiva.

### **Descrição da Técnica:**

Consiste no aumento progressivo de carga aos músculos respiratórios, respirando espontaneamente (em tubo-T ou com baixos valores de pressão de suporte), onde o paciente estará trabalhando, contra uma carga imposta pela retirada do suporte ventilatório.

Esta carga imposta aos músculos respiratórios pode gerar um trabalho muscular acima do limiar de fadiga e/ou levar ao seu desenvolvimento evoluindo o paciente com sinais clínicos de intolerância à respiração espontânea, através do uso de músculos acessórios. Há então a necessidade de se instituir um método de alívio de carga. O aumento alternado com o suporte ventilatório suficiente para diminuir o trabalho respiratório do paciente abaixo do limiar de fadiga, promove aumento da *endurance* dos músculos respiratórios, permitindo assim o ganho de maior tempo de treinamento, o que por sua vez proporciona maior tempo de respiração espontânea ao paciente.

## **FISIOTERAPIA MOTORA**

### **Exercícios Passivos:**

É a aplicação de movimentação de forma passiva nos membros dos pacientes que se encontram acamados ou imobilizados.

O imobilismo causa diversas complicações, como úlceras de decúbito, perda de força muscular, encurtamentos, contraturas e deformidades, tromboembolismo, osteoporose e complicações pulmonares. Os pacientes críticos, especialmente os idosos, têm maior risco de desenvolver as complicações da síndrome da imobilidade.

**Exercícios Ativos:**

É a realização de movimentos ativamente pelo paciente. Tem como objetivo diminuir a sensação de dispneia, aumentar a tolerância ao exercício, reduzir a rigidez e dores musculares, preservar a amplitude articular, evitar encurtamentos, contraturas e deformidades.

**Exercícios Resistivos:**

São exercícios realizados ativamente pelo paciente contra resistência.

**Alongamento:**

Aumento da distância entre a origem e a inserção do músculo. Os exercícios de alongamento muscular atuam nas propriedades viscoelásticas e aumentam a complacência muscular. Além disso, está relacionado ao aumento do limiar da dor durante sua realização, fazendo com que parte do ganho de flexibilidade percebido após exercícios de alongamento se deva ao aumento da tolerância ao alongamento.

**Propriocepção Articular:**

Aproximação das superfícies articulares com objetivo de modular tônus, estimular agnosias e sensibilidade.

**PACIENTE INCONSCIENTE:**

Priorizar decúbito elevado ou ortostatismo passivo, mobilização passiva de membros superiores e membros inferiores, alongamento estático e propriocepção articular.

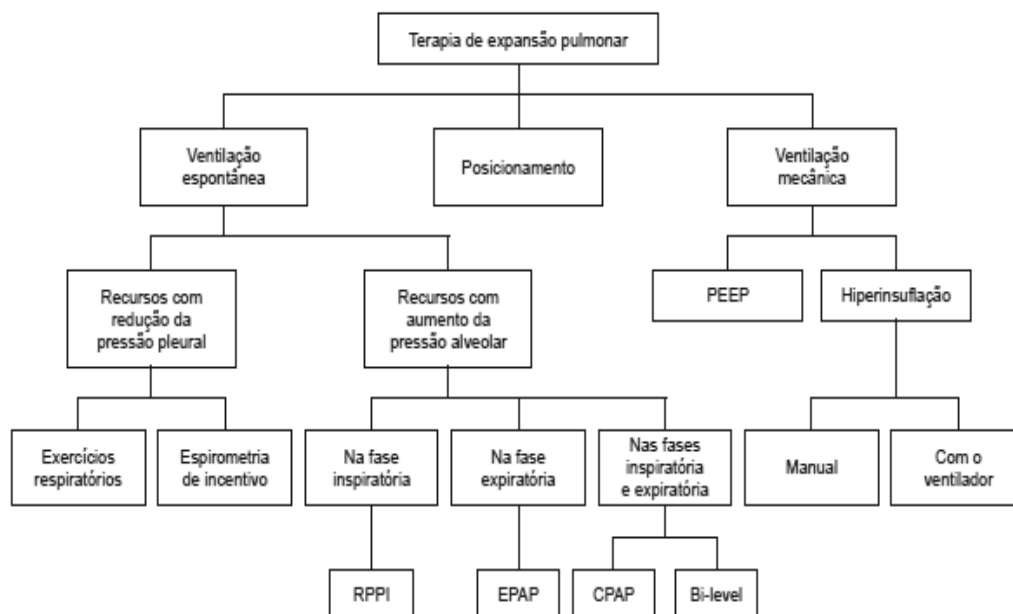
**PACIENTE CONSCIENTE:**

Decúbito elevado, ortostatismo, mobilização ativa de extremidades, alongamento estático, propriocepção articular.

De acordo com a evolução do paciente, realizar transferência para a borda da cama (exercícios de tronco e equilíbrio), transferência para poltrona, ortostatismo estático (exercícios de equilíbrio e marcha estática), evoluindo o grau de dificuldade dos exercícios de acordo com a progressão de força muscular do paciente (*Medical Research Concil – MRC*), deambulação assistida e posteriormente independente.

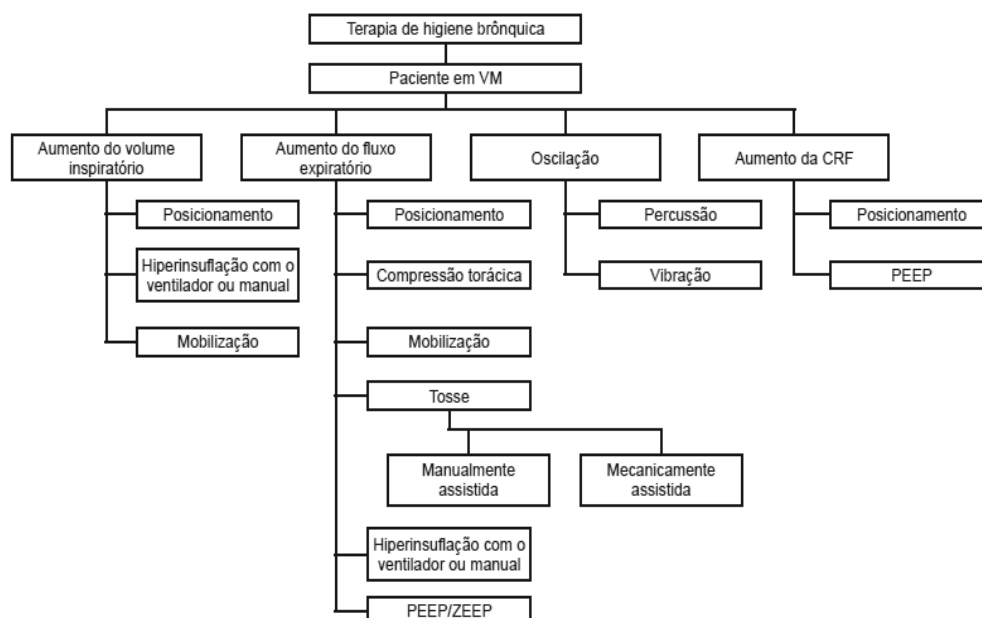
## Protocolo de Treinamento de *Endurance* dos Músculos Respiratórios

Métodos de Treino		
Tolerância respiração espontânea	Carga	Repouso
< que 15 minutos	PSV de 5 cmH <sub>2</sub> O	Repouso PSV*
> que 15 minutos	Tube-T	Repouso PSV*
Período de Treino Alternando Carga (C) e Repouso (R)		
Manhã	Tarde	Noite
Dia 1 - 15 min de C com 60 min de R	Repete manhã	Repouso
Dia 2 - 30 min de C com 60 min de R	Repete manhã	Repouso
Dia 3 - 60 min de C com 60 min de R	Repete manhã	Repouso
Dia 4 - 90 min de C com 60 min de R	Repete manhã	Repouso
Dia 6- 120 min de C com 60 min de R	Repete manhã	Repouso
Dia 7- 180 min de C com 60 min de R	Repete manhã	Repouso
Dia 8- 180 min de C com 60 min de R	Repete manhã	6 horas de C com 6 horas de R
Permitir respiração espontânea máxima, até iniciar C com músculos acessórios ou desconforto (zona de fadiga). Avaliar o tempo limite, por exemplo, mais 10 minutos.  <b>Considerar a liberação do ventilador quando preencher os critérios de desmame</b>		*Ajustar PSV para melhor sincronia e conforto



**Figura 1 - Algoritmo para terapia de expansão pulmonar no paciente na unidade de terapia intensiva em ventilação espontânea e em ventilação mecânica.**

PEEP - *positive expiratory end pressure*; RPPI - *respiração por pressão positiva intermitente*; EPAP - *expiratory positive airway pressure*; CPAP - *continuous positive airway pressure*.



**Figura 2 - Algoritmo para terapia de higiene brônquica de pacientes em unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação mecânica.**

VM - *ventilação mecânica*; CRF - *capacidade residual funcional*; PEEP - *positive end-expiratory pressure*; ZEEP - *zero end-expiratory pressure*.

## **POP 05 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2–TAREFAS CRÍTICAS**

Realizar avaliação conforme POP 01 – Avaliação Fisioterapêutica, para estabelecer as diretrizes de atendimento.

Realizar avaliação funcional.

Intervenção ao paciente com AVC na unidade da linha de cuidado do AVC por meio da investigação do nível de consciência e quadro respiratório.

Utilização de Ventilação Mecânica Não Invasiva ou adaptação à Ventilação Mecânica Invasiva, conforme quadro clínico apresentado pelo paciente e avaliação médica.

Orientar os pacientes bem como familiares e cuidadores sobre seu tratamento, assim como o posicionamento no leito/cadeira, uso de órteses, risco de quedas, transferência entre outras situações previsíveis.

### **3 – PROCEDIMENTOS**

#### **AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

1. Cuidados Pessoais: alimentação, cuidados com aparência, banhos, vestir parte superior e inferior do corpo, asseio.
2. Controle de esfíncteres: vesical e anal.
3. Mobilidade de transferências: cama, banheiro, chuveiro.
4. Locomoção: caminhar, escada.
5. Comunicação: compreensão e expressão.
6. Cognição social: interação social, solução de problemas e memória.

#### **CONDUTA**

##### **Fisioterapia Respiratória**

**Ventilação Mecânica = “NORMOVENTILAR”**

##### **ADMISSÃO**

- Modo PCV (manter sincronia máquina X paciente)
- VT 6-8ml/Kg e FR 12-16ipm (monitorizar VE e PaCO<sub>2</sub>)
- Se houver ISQUEMIA, manter PaCO<sub>2</sub> = 40-45mmHg

- Se houver HEMORRAGIA, manter  $\text{PaCO}_2 = 35\text{-}40\text{mmHg}$
- $\text{FiO}_2 \%$  necessária para manter  $\text{SpO}_2$  acima de 95%
- Manter  $\text{PaO}_2 \leq 120 \text{ mmHg}$

### ***Terapia de Expansão Pulmonar***

- Padrões ventilatórios
- Ventilação Não Invasiva (VNI)
- Manobra de expansão no VM (ajuste fino do alarme de pressão inspiratória máxima)
- Posicionamento

### ***Terapia de Higiene Brônquica***

- Manobras manuais: Aceleração de Fluxo Expiratório (AFE), exercícios de mobilidade torácica
- Manobras com bolsa-valva-máscara
- Manobras no VM
- Tosse dirigida, assistida ou "tic" traqueal
- Aspiração endotraqueal

### ***Fisioterapia Motora***

- Alongamentos ou posturas de alongamento
- Mobilização escapular
- Cinesioterapia passiva, assistida, ativa ou resistida (cadeia cinética aberta ou fechada)
- Estimulação sensório-motora, descarga de peso/co-contração
- Estimulação elétrica funcional (FES)
- Treino funcional e exercícios de coordenação
- Evolução de postura (precoce) – UTI's, apartamentos e enfermarias
- Treino de equilíbrio
- Treino de marcha
- Socialização, quando possível

#### 4 - REGISTROS

- Pacientes internados:

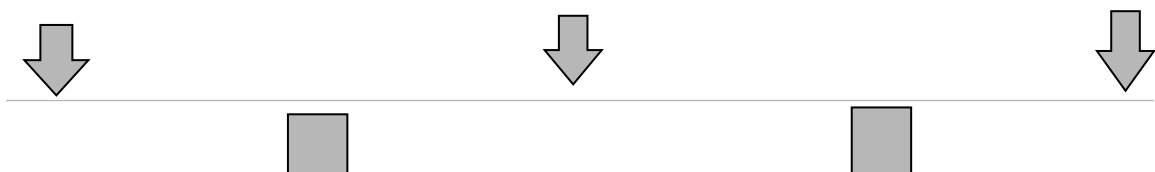
\*Registrar condutas realizadas no momento da admissão e estabelecer o planejamento fisioterapêutico com os objetivos conforme a avaliação do paciente.

#### 5 – SIGLAS

POP – Procedimento Operacional Padrão  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
PCV – Ventilação por Pressão Controlada  
VT – Volume Total  
FR – Frequência Respiratória  
VE – Volume Expirado  
PaCO<sub>2</sub> – Pressão Arterial de Gás Carbônico  
FiO<sub>2</sub> – Fração do Oxigênio Inspirada  
SpO<sub>2</sub> – Pressão de Saturação de Oxigênio  
VNI - Ventilação Não Invasiva  
VM – Ventilação Mecânica  
AFE – Aceleração de Fluxo Expiratório  
FES – Estimulação Elétrica Funcional  
UTI's – Unidades de Terapia Intensiva

#### FLUXO ASSISTENCIAL

DEAMBULAÇÃO



SENTAR/LEVANTAR

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA FISIOTERAPIA ADMISSÃO DO PACIENTE



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA RESPIRATÓRIA



INÍCIO DE ATENDIMENTO RESPIRATÓRIO



MÉDICO TITULAR REALIZA A LIBERAÇÃO E SOLICITAÇÃO  
DE FISIOTERAPIA MOTORA



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA MOTORA



FISIOTERAPEUTA INICIA PLANO DE REABILITAÇÃO  
COM ENFOQUE NA FUNCIONALIDADE



## **POP 06 – CINESIOTERAPIA**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – TAREFAS CRÍTICAS**

A cinesioterapia compreende técnicas de massagem, mobilizações, exercícios ativos, ativo assistidos e resistidos e exercícios funcionais (Treino de equilíbrio, deambulação, sedestação, propriocepções articulares, dissociações de cinturas, transferências de pesos e mudanças de decúbitos).

A massagem tem como definição a manipulação dos tecidos moles. Podem ser usadas técnicas de deslizamento Superficial e profundo, amassamento superficial e profundo, fricção (Xhardez, 1990; Gardiner, 1983).

O Alongamento é um termo geral utilizado para descrever qualquer manobra fisioterapêutica elaborada para aumentar a mobilidade dos tecidos moles e subsequentemente melhorar a Amplitude De Movimento (ADM) por meio do aumento do comprimento de estruturas que tiveram encurtamento adaptativo e tornaram-se hipomóveis com o tempo.

Os exercícios Passivos consistem na movimentação passiva da articulação de modo lento e contínuo por uma amplitude de movimento controlada. O movimento passivo pode ser realizado sob tração, onde passivamente uma tração simultânea é efetuada no eixo do membro ou da articulação.

Pode ser realizado sob estiramento, onde o terapeuta exerce pequenos estiramentos (alongamentos) suaves, progressivos, sem movimentos bruscos a fim de aumentar a mobilidade articular.

Exercícios isométricos são uma forma de treinamento de resistência, no qual o participante usa os músculos do corpo para exercer uma força contra um objeto imóvel ou também manter o músculo em uma posição fixa por uma duração de tempo determinada. Neste tipo de exercício, o músculo é contraído, mas não muda de extensão enquanto a força é exercida. Adicionalmente, a articulação mais próxima associada ao esforço permanece estática ao longo de toda a duração do exercício.

Os exercícios ativos são realizados somente pelo paciente, deve ser bem compreendido por ele e executado lentamente com supervisão do fisioterapeuta. Podem ser realizadas contrações isométricas e isotônicas.

Os exercícios Ativo-Assistidos compreendem na assistência feita por uma força externa, manual ou mecânica, pois os músculos necessitam de auxílio para completar o movimento. O manuseio é feito pelo próprio paciente que auxilia o movimento do segmento comprometido através do membro normal.

Os exercícios ativos resistidos são efetuados pelo paciente progressivamente conforme ele retoma a força muscular. O trabalho muscular pode ser intensificado impondo-lhe resistências. A resistência pode ser manual, feita pelo fisioterapeuta ou mecânica quando a resistência ao movimento é dada por dispositivos mecânicos, como peso, roldana-peso, molas, halteres, elásticos. Os exercícios resistidos são um elemento essencial do programa de reabilitação para pessoas com comprometimento da função e um componente integral dos programas de condicionamento para quem deseja promover ou manter a saúde e o bem-estar físico, favorecer potencialmente o desempenho de habilidades motoras e prevenir ou reduzir o risco de lesão e doença. O treino de equilíbrio é a técnica em que se utiliza o desequilíbrio como forma de estimular os sistemas osteomusculares e labirínticos em busca do controle do tronco. A deambulação pode ser definida em sentido amplo como um tipo de locomoção – do latim *lócus*, lugar, mais *movere*, mover; neste caso, mover de um lugar para outro.

A sedestação é o ato de sentar, sendo que para esta ação, o controle postural envolve a interação entre os diversos receptores sensoriais, os quais informam ao sistema nervoso a posição e o movimento do corpo em relação ao campo gravitacional e ambiente. Esta noção é formada com a combinação das informações sensoriais recebidas de diferentes fontes e requer a interação entre os sistemas musculoesquelético e neural para manutenção da estabilidade e orientação. Deste modo, a informação sensorial e a ação motora estão intimamente relacionadas na tarefa de manter o corpo em uma determinada posição.

Na posição sentada os ajustes posturais realizam-se principalmente em resposta às alterações inesperadas da superfície de sustentação. Essa integração, principalmente vestibular, tátil e proprioceptiva é fundamental para um indivíduo ser capaz de interagir eficientemente com o ambiente.

A cintura escapular é feita para dar mobilidade aos membros superiores e auxiliar na deambulação/marcha, já a cintura pélvica, além de ser o elo proximal do seu membro, é uma articulação estável, feita para sustentação de peso. Para uma mecânica correta e menor gasto energético é necessária que haja dissociação destas cinturas.

A Drenagem Linfática consiste no processo de drenar dos tecidos o fluido em excesso proveniente dos espaços intersticiais e retorná-lo para o sistema venoso.

A Mobilização/Propriocepção Articular constitui-se em uma técnica passiva de fisioterapia manual que requer habilidade e aplica-se às articulações e tecidos moles relacionados, empregando velocidades e amplitudes variadas e utilizando, com fins fisioterapêuticos, movimentos fisiológicos ou acessórios. As velocidades e amplitudes variam desde uma força de pequena amplitude aplicada com alta velocidade até uma força de grande amplitude aplicada com velocidade lenta, ou seja, há um contínuo de intensidades e velocidades no qual a técnica pode ser aplicada.

As Mudança de Decúbitos consistem no processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitações físicas.

A transferência de peso é importante para que o paciente possa realizar a transferência de deitado para sentado, de sentado para em pé, realizar deambulação, alterar posicionamento, alterar decúbitos, evitar quedas e realizar atividades de vida diária.

A Técnica de dessensibilização não constitui exatamente uma técnica cinesioterápica, porém constitui elemento importante nos casos de amputações, preparando o coto para as adaptações necessárias no desenvolvimento das funções. Na dessensibilização os estímulos sensitivos realizados na extremidade distal do coto levam ao saturamento dos receptores das vias aferentes sensitivas facilitando a adaptação à prótese. Os estímulos proprioceptivos podem ser iniciados com algodão, escova de bebê, esponja face fina engrossa.

## **Objetivos**

O imobilismo causa diversas complicações, como úlceras de decúbito, perda de força muscular, encurtamentos, contraturas e deformidades, tromboembolismo, osteoporose e complicações pulmonares. Os pacientes críticos, especialmente os idosos, têm maior risco de desenvolver as complicações da síndrome da imobilidade. Assim, a Cinesioterapia tem por objetivos prevenir e combater a síndrome do imobilismo.

O alongamento promove o aumento da amplitude muscular, evita lesões, melhora a flexibilidade articular, proporciona uma soltura muscular e parcial recuperação da atividade física.

As mobilizações têm como finalidades a prevenção de rigidez, estimulação de um músculo ou grupo muscular, diminuição das contraturas e manutenção ou recuperação da força muscular. Também restitui as imagens motoras ativando a perda do esquema corporal; aumenta o aporte sanguíneo e fluxo linfático, permitindo nutrição dos tecidos e a diminuição de edema.

A massagem tem como finalidade melhorar a circulação, eliminar resíduos (catabólitos), suprimir aderências, amaciar tecidos, relaxar a musculatura ao mesmo tempo em que a estimula e promove analgesia.

O treino de equilíbrio visa proporcionar o perfeito equilíbrio entre a força resultante e o momento resultante.

Com o treino de deambulação, o sistema sensitivo motor torna-se muito competente em gerar automaticamente um conjunto repetitivo de comandos de controle motor para permitir a um indivíduo andar sem esforço consciente.

Na posição sentada os ajustes posturais realizam-se principalmente em resposta às alterações inesperadas da superfície de sustentação. Essa integração, principalmente vestibular, tátil e proprioceptiva é fundamental para um indivíduo ser capaz de interagir eficientemente com o ambiente.

A dessensibilização de coto visa a uma normalização da sensibilidade local. Objetiva-se, com isso, alcançar a diminuição da hipersensibilidade local, para que seja suportável a adaptação à prótese.

A mudança de Decúbitos visa à descompressão de áreas sob proeminências ósseas, prevenção de fadiga, manutenção do tônus muscular e prevenção de complicações pulmonares, além de prevenir contraturas musculares e deformidades; estimular a circulação, ajudando a prevenir trombozes e flebites, úlceras de pressão e edema de extremidades.

A drenagem linfática auxilia no tratamento do processo patológico da lipodistrofia ginoide (celulite) entre outras, objetivando a prevenção e diminuição do edema corporal, melhorando a oxigenação e nutrição dos tecidos.

Na Mobilização/Propriocepção Articular tem-se como efeitos: a estimulação da atividade biológica movendo o fluido sinovial, o que conduz nutrientes à cartilagem articular avascular das superfícies articulares e à fibrocartilagem intra-articular dos meniscos; mantém a extensibilidade e a força tensiva dos tecidos articulares e periarticulares; os impulsos nervosos aferentes dos receptores articulares transmitem informações ao sistema nervoso central e, portanto, proporcionam o senso de posição e movimento; alterações na velocidade de movimento; regulação do tônus muscular e estímulos nociceptivos.

### **3 - PROCEDIMENTOS**

1. Lavar as mãos;
2. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
3. Colocar luvas de procedimento e óculos de proteção (EPI);
4. Quando indicado realizar massagens de liberação de cicatrizes, relaxamento muscular e liberação de aderências.

### **PACIENTES ACAMADOS COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA OU SEDADOS**

1. Posicionar o paciente adequadamente no leito, mantendo o alinhamento da cabeça, tronco, quadril e MMII;
2. Realizar passivamente:
  - Alongamento muscular global;
  - Mobilização articular de cervical, MMSS, MMII;
  - Descarga de peso articular global;
  - Dissociação de cinturas;
  - Cinesioterapia funcional com grandes músculos de MMSS e MMII (2 séries de 20);
  - Posicionamento.
3. Orientar o acompanhante e/ou cuidador a realizar os exercícios mais vezes ao dia.

## **PACIENTES COM MOVIMENTAÇÃO ATIVA RESTRITA POR SEQUELA NEUROLÓGICA OU ACOMETIMENTOS ÓSTEO-MUSCULARES**

1. Assistir o paciente na execução da conduta supra escrita;
2. Estimular a execução de exercícios isométricos para promover relaxamento, melhorar a circulação, diminuir a dor e o espasmo muscular;
3. Estimular a elevação do quadril para promover descarga de peso nos MMII;
4. Estimular a propriocepção articular dos membros afetados;
5. Em casos de amputações: estimular a dessensibilização do coto; estimular a drenagem linfática e venosa e o posicionamento adequado do coto;
6. Estimular o treino de equilíbrio nas diferentes posições;
7. Em casos de dor: utilizar massagem para reduzir as tensões musculares e propiciar a analgesia;
8. Executar os exercícios resistidos manualmente pelo fisioterapeuta para:
9. Estimular a função;
10. Aumentar a força muscular;
11. Aumentar a resistência à fadiga;
12. Incentivar e auxiliar o paciente na sedestação no leito ou poltrona;
13. Estimular a deambulação do paciente quando possível com o uso de órtese;
14. Orientar o paciente e acompanhante a realizar os exercícios mais vezes ao dia.

## **PACIENTES COM MOVIMENTAÇÃO ATIVA PRESERVADA**

1. Orientar o paciente a realizar a conduta acima de forma ativa e fazer as devidas correções;
2. Associar a terapia motora a padrões ventilatórios;
3. Orientar o paciente e acompanhante a realizar os exercícios mais vezes ao dia.

## **4 - REGISTROS**

Fazer o registro do procedimento no prontuário do paciente, relatando aspectos das secreções, quantidade e intercorrências ocorridas durante a realização do procedimento.

## **POP 07 - ASPIRADO TRAQUEAL**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara, óculos de proteção, capote e luvas de procedimento;

Cateter estéril e descartável, podendo conter válvula ou não;

Luvas estéreis;

Pré-oxigenação (FiO<sub>2</sub> à 100% por 2 minutos), se necessário;

Frasco coletor de secreção das vias aéreas (bronquinho);

Aspirador ligado ao sistema de vácuo;

Látex;

Oxímetro de pulso.

### **3 – TAREFAS CRÍTICAS**

Verificar se a solicitação do exame consta na prescrição médica. Caso não conste, solicitar ao médico a prescrição do mesmo;

Em caso de pacientes que recebam dieta por sonda nasoenteral ou gastrostomias, deve-se comunicar à equipe de enfermagem a necessidade de lavagem da sonda com água bem como pausa temporária da dieta;

Lavar as mãos corretamente;

Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;

Colocar máscara e óculos de proteção (EPI);

Abrir o sistema de vácuo;

Abrir apenas uma ponta do invólucro do frasco coletor de secreção e verificar se a tampa do mesmo está bem fechada;

Conectar o cateter estéril de aspiração na extensão de látex do frasco coletor de secreção;

Ofertar ou aumentar o suporte de O<sub>2</sub> quando necessário;

Calçar luva estéril, sendo que a mão dominante deve ser mantida estéril, mas ambas devem estar protegidas por luvas;

Segurar o Frasco Bronco-coletor com a mão não dominante e retirar a sonda de aspiração do invólucro, segurando a sonda com a mão dominante;

Realizar a aspiração conforme o procedimento “Aspiração Traqueal” e coletar o material para cultura. Evitar o uso de solução fisiológica durante o procedimento, porém caso seja necessário, informar ao laboratório a quantidade instilada para as devidas correções na análise do material;

Se a coleta de material for através de aspiração nasotraqueal, aspirar o conteúdo após tosse do paciente para evitar coleta de material de via aérea superior. Informar ao laboratório e ao médico;

Desconectar o frasco coletor de secreção do sistema de vácuo e ocluir a saída com sua própria extensão de látex;

Realizar lavagem da extensão e descarte do material utilizado conforme descrito no procedimento “Aspiração de Secreção Traqueal”;

Lavar as mãos;

Identificar o frasco com o nome do paciente, data e hora da coleta;

Encaminhar ao laboratório juntamente com a solicitação do exame;

Em caso de pacientes que recebam dieta por sonda nasoenteral ou gastrostomia, comunicar a equipe de enfermagem sobre o término do procedimento para reinício da dieta;

Descrever no prontuário do paciente, a realização do procedimento, o aspecto e a quantidade da secreção pulmonar.

#### **4 - PROCEDIMENTOS**

##### **Orientações ao paciente**

1. Explicar ao paciente ou, caso o mesmo não tenha nível cognitivo adequado, ao familiar/ acompanhante o motivo da realização deste procedimento: para coleta de amostra de secreção traqueal para cultura, conforme solicitação do médico;
2. Explicar que o procedimento poderá provocar desconforto e tosse pelo estímulo da passagem do cateter estéril de aspiração na traqueia.



### **Riscos envolvidos e cuidados**

1. Quedas na saturação de oxigênio em pacientes: aumentar a  $FiO_2$ , manter monitorização da saturação através de oxímetro de pulso e comunicar ao médico;
2. Broncoespasmo: comunicar o médico responsável;
3. Sangramento: escolher sonda de aspiração de tamanho adequado ao paciente.

### **7 - REGISTROS**

Fazer o registro do procedimento no prontuário do paciente, relatando aspectos das secreções, quantidade e qualquer intercorrência ocorrida durante a realização do procedimento.

### **6 – SIGLAS**

EPI –Equipamentos de Proteção Individual

$FiO_2$  – Fração Inspirada de Oxigênio

$O_2$  – Oxigênio.

### **POP 08 - PRESSÃO DE CUFF**

#### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

#### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Cuffômetro;

Luvas de procedimento;

Álcool 70%.

#### **3 – TAREFAS CRÍTICAS**

##### **Riscos relacionados ao cuff com pressão inadequada:**

1. Hiperinsuflado: isquemia da mucosa traqueal, necrose de parede, destruição de cartilagem, fístula traqueoesofágica e traqueovascular, estenose traqueal, disfagia;
2. Hipoinsuflado: extubação acidental ou deslocamento do tubo endotraqueal, ulceração de traqueia, aspirações de secreções de vias aéreas superiores, ventilação ineficaz.

### **Riscos relacionados à medida de pressão de cuff:**

1. Extubação acidental ou deslocamento do tubo endotraqueal; ventilação ineficaz temporária; dessaturação; sensação de dispneia.

### **4 - PROCEDIMENTOS**

1. Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;
2. Conectar o aparelho de medida de pressão de “cuff” à válvula do cuff de maneira firme, deixando-o bem ajustado para que não ocorra vazamentos de ar peri-cuff;
3. Observar o valor marcado pelo ponteiro;
4. Verificar possíveis vazamentos de ar peri-cuff;
5. Ajustar a pressão, quando necessário. Manter pressão de cuff entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O;
6. Realizar desinfecção do aparelho com álcool 70% ao final do procedimento, como recomendação da CCIH.

### **5- REGISTROS**

Registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.

### **6 – SIGLAS**

H<sub>2</sub>O – Água

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

### **POP 09 – DESMAME**

#### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

#### **2 – TAREFAS CRÍTICAS**

1. O termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 h. Este processo ocupa ao redor de 40% do tempo total de ventilação mecânica.

2. Retardar a retirada da VM pode levar a aumento da mortalidade. Ao mesmo tempo, realizar a retirada precoce sem que o mesmo tenha atingido condição para se manter ventilando adequadamente pode levar à falência e à necessidade de reintubação, aumentando também a mortalidade. Desta maneira, urge determinar, com a melhor exatidão possível, o tempo correto para extubação, que pode ser relativamente difícil.

## **DESMAME**

1. O processo habitualmente denominado de “desmame” inclui duas fases:
2. Fase inicial: devemos questionar - O paciente encontra-se em condição de ventilar sem o suporte oferecido pela VMI?
3. Fase final - Terá capacidade de manter-se ventilando sem a prótese endotraqueal?
4. Pode ser mais ou menos difícil de acordo com:
  - Tempo de VM;
  - Idade;
  - Reserva funcional muscular;
  - Gravidade da doença de base.
5. É necessário identificar o momento ótimo para a suspensão do suporte do ventilador (desmame) e a seguir para a retirada do tubo endotraqueal.
6. Essencialmente quer-se identificar o paciente que tenha força muscular e *endurance* adequados para tolerar o retorno para ventilação espontânea, com trabalho ventilatório e proteção das vias aéreas adequados. (Figura 1).

## **Fatores a serem considerados antes da extubação**

### **IMPORTANTE:**

1. Se a CAUSA BÁSICA que levou o paciente à necessidade de VM não estiver resolvida ou significativamente melhorada, optar por mantê-lo sob VM. Caso a resposta seja positiva, checar os demais parâmetros hemodinâmicos, de ventilação e oxigenação.
2. - NÍVEL NEUROLÓGICO ACEITÁVEL, ou seja, paciente capaz de proteger vias aéreas, caso esteja intubado. No caso de traqueostomizados, basta o disparo adequado do ciclo ventilatório.

3. O nível de consciência não será impeditivo para a evolução do desmame, desde que, os demais parâmetros estejam dentro do previsto.
4. Os dados apresentados na tabela não são rígidos, ou seja, deve haver uma avaliação individualizada e, a partir das informações obtidas, estabelecer a melhor sequência de evolução do desmame da VM.

### **Métodos de desmame**

1. A avaliação para iniciar teste de respiração espontânea (TRE) deve ser baseada primariamente na evidência de melhora clínica, oxigenação adequada e estabilidade hemodinâmica.
2. É prioritário implementar estratégias para identificar sistematicamente os pacientes elegíveis para o teste de respiração espontânea. Isso reduz o tempo de ventilação mecânica e suas complicações.
3. O TRE visa informar se o paciente tolerará uma situação de respiração espontânea, praticamente sem suporte algum, contra uma resistência semelhante à de indivíduos extubados, qualquer que seja o método escolhido.
4. O método de desmame é eletivo, de acordo com as características de cada paciente e de acordo com a opinião do plantonista!

### **PRESSÃO DE SUPORTE (PS)**

1. O modo pressão de suporte também pode ser utilizado no desmame gradual de pacientes em ventilação mecânica. Isso pode ser feito através da redução dos valores da pressão de suporte de 2 a 4 cmH<sub>2</sub>O, de duas a quatro vezes ao dia, tituladas conforme parâmetros clínicos, até atingir 5 a 7 cmH<sub>2</sub>O, níveis compatíveis com os do teste de respiração espontânea (III Consenso de Ventilação Mecânica).
2. Esta estratégia foi estudada no desmame gradual de pacientes em ventilação mecânica em ensaios clínicos randomizados. No estudo de Brochard, o uso da pressão suporte resultou em menor taxa de falha de desmame, quando comparado ao desmame em ventilação mandatória intermitente sincronizada e ao desmame com períodos progressivos (5 a 120 min) de respiração espontânea em tubo T. Já no estudo de Esteban, o desmame em pressão de suporte foi inferior ao desmame em tubo T, em termos de duração e de taxa de sucesso.

3. IDEAL: NÃO determinar PS mínima de 7 cmH<sub>2</sub>O, avaliar individualmente e considerar: diâmetro do tubo orotraqueal, tamanho do circuito do respirador, tipo de umidificador utilizado (passivo ou ativo) e mecânica respiratória de cada paciente.
4. Verificar qual a pressão de suporte mínima para vencer apenas a resistência de todo o sistema condutor de ar e, que não ofereça auxílio inspiratório ao paciente, simulando assim, a condição de respiração espontânea (pode variar de 3 a 14 cmH<sub>2</sub>O).

## TUBO T

1. A desconexão da ventilação mecânica deve ser realizada oferecendo oxigênio suplementar a fim de manter taxas de saturação de oxigênio no sangue arterial (SaO<sub>2</sub>) acima de 90%. A suplementação de oxigênio deve ser feita com uma FIO<sub>2</sub> até 0,4, não devendo ser aumentada durante o processo de desconexão (III Consenso de Ventilação Mecânica).
2. Os estudos demonstram que não há diferença entre um teste de 30 minutos ou 2 horas, quanto à taxa de sucesso de desmame.

**IDEAL:** se optar por este método de desmame, ele deverá ser feito por 30 minutos seguidos de extubação, caso ainda mantenha critérios para tal.

Testes diários de 2 horas poderão ser realizados.

Esteban *et al.*, em seu estudo comparativo entre PSV, tubo T com aumento gradual do tempo de TRE, tubo T com TRE diário de 2 horas e SIMV, não demonstrou diferença entre os métodos com relação à taxa de sucesso do desmame, mas verificou uma superioridade do método tubo T com TRE diário de 2 horas em relação a velocidade do desmame. Segundo este artigo, este método proporciona ganho mais rápido de resistência muscular respiratória, já que, confere sobrecarga muscular respiratória, especificidade e reversibilidade – critérios para ganho de resistência muscular.

### **Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV)**

1. O modo ventilatório SIMV intercala ventilações espontâneas do paciente com períodos de ventilação assisto-controlada do ventilador mecânico. O desmame com este método é realizado reduzindo-se progressivamente a frequência mandatória do ventilador artificial. Em vários estudos foi consenso ter sido este o método menos adequado empregado, pois resultou em maior tempo de ventilação mecânica e maior risco de assincronia paciente-respirador (III Consenso de Ventilação Mecânica).

**IDEAL: NÃO UTILIZAR** o modo SIMV com ou sem PSV como método de desmame ventilatório!

### **Índices preditivos para o desmame**

- Os índices fisiológicos deveriam acrescentar dados preditivos à avaliação clínica do desmame, resultando em redução das taxas de fracasso de desmame e extubação e menor tempo de ventilação mecânica. Além disso, a técnica utilizada para sua obtenção deveria ser reprodutível, acurada, segura e de fácil realização. Infelizmente, nenhum índice fisiológico tem todas essas características.
- Existem mais de 50 índices descritos, e apenas alguns auxiliam significativamente, com mudanças em relação à tomada de decisões clínicas quanto à probabilidade de sucesso ou fracasso de desmame, segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, conforme apresentado na figura 2.
- OBS: Utilizar o índice que for reprodutível na empresa onde trabalha.

### **Monitorização do paciente em TRE**

1. Os pacientes em desmame devem ser monitorados de forma contínua quanto às variáveis clínicas, às alterações na troca gasosa e às variáveis hemodinâmicas.
2. A avaliação contínua e próxima é fundamental para identificar precocemente sinais de intolerância e mecanismos de falência respiratória. Caso os pacientes apresentem algum sinal de intolerância, o teste será suspenso e haverá o retorno às condições ventilatórias prévias (Figura 3).
3. Aqueles pacientes que não apresentarem sinais de intolerância deverão ser avaliados quanto à extubação e observados (monitorados) pelo período de 48 h, na UTI. Se, após 48 h, permanecerem com autonomia ventilatória, o processo estará concluído, com sucesso. Se neste período necessitarem do retorno à ventilação mecânica, serão considerados como insucesso.

4. Os pacientes que falharam no teste inicial deverão retornar à ventilação mecânica e permanecer por 24 h em um modo ventilatório que ofereça conforto, expresso por avaliação clínica. Neste período serão reavaliadas e tratadas as possíveis causas de intolerância. Admitindo que o paciente permaneça elegível e que as causas de intolerância foram revistas, novo teste de respiração espontânea deverá ser realizado após 24 h.

### **Cuidados gerais pré-extubação**

1. Uma vez bem-sucedido o teste de respiração espontânea, outros fatores deverão ser considerados antes de se proceder à extubação (retirada do tubo orotraqueal), tais como o nível de consciência, o grau de colaboração do paciente e sua capacidade de eliminar secreções respiratórias.
2. O acúmulo de secreção e a incapacidade de eliminá-la através da tosse são fatores que contribuem de maneira importante para insucesso da extubação traqueal, mesmo após um teste de respiração espontânea bem-sucedido.
3. Antes de proceder à extubação, a cabeceira do paciente deve ser elevada, mantendo-se uma angulação entre 45° e 60°. Também é indicado que se aspire à via aérea do paciente antes de extubá-lo.
4. Aspirar às vias aéreas antes da extubação tem como objetivos diminuir a quantidade de secreção nas vias aéreas baixas e retirar a secreção que se acumula acima do balonete da cânula traqueal, evitando a sua aspiração para os pulmões. A elevação da cabeceira visa, por sua vez, a diminuir a chance do paciente aspirar conteúdo gástrico. Dessa forma pretende-se diminuir as possibilidades de infecção respiratória.

### **Avaliação da patência e proteção das VAS**

1. Teste de vazamento pelo cuff
2. Eficácia da tosse
3. *Volume de secreção*

**OBS:** REALIZAR, PELO MENOS, O TESTE QUALITATIVO DE PERMEABILIDADE EM TODOS OS PACIENTES (Figura 4)

### **Ventilação não-invasiva (VNI) pós-extubação**

1. Estudos demonstram que o retardo na re-intubação pode aumentar em até 70% a taxa de mortalidade do paciente.
2. **NÃO** tente instituir VNI se não houver indicação clara!

**IDEAL:** pacientes DPOC, SDRA e cirurgias cardíacas.

### **Desmame de pacientes traqueostomizados:**

1. A traqueostomia precoce (até 48 h do início da ventilação mecânica) em pacientes com previsão de permanecer por mais de 14 dias em ventilação mecânica reduz mortalidade, pneumonia associada à ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e tempo de ventilação mecânica. É importante enfatizar que, mantendo boas práticas em relação à insuflação do balonete, o tubo traqueal pode ser mantido por tempo superior a três semanas sem injúria laríngea ou traqueal.
2. Durante muito tempo não foi possível definir o papel da traqueostomia no desmame ventilatório e o momento certo de realizá-la. Não há uma regra geral em relação ao tempo que se deve realizar a traqueostomia e este procedimento deve ser individualizado. Embora haja alguma divergência de resultados, a traqueostomia diminui a resistência e o trabalho ventilatório, facilitando o desmame dos pacientes com alterações acentuadas da mecânica respiratória (III Consenso de Ventilação Mecânica).
3. Paciente apresenta parâmetros clínicos, hemodinâmicos, ventilatórios e de oxigenação, evoluir desmame da seguinte forma:
4. Para TRE (parâmetros usuais) e retirada do suporte necessário somente drive respiratório e reflexo de tosse.

### **Desmame em situações especiais:**

#### **Patologias neurológicas:**

1. Se houver aumento da PIC, esperar até que esteja  $< 20$  mmHg por 48 horas + ausência de sedação + nível neurológico aceitável + parâmetros ventilatórios baixos para iniciar o desmame.



**Cardiopatas:**

2. Não há contraindicação de qualquer método. Avaliar e monitorizar criteriosamente os parâmetros hemodinâmicos!
3. Atenção especial ao balanço hídrico – deve estar negativo ou zerado.

**Patologias neuromusculares:**

4. Não há contraindicação de qualquer método.

**DPOC:**

5. Recomenda-se alguns cuidados.

**Asma:**

Após reversão da crise o desmame é + precoce e tranquilo que no paciente DPOC.

**Figura 1** - Identificação do paciente que tenha força muscular e *endurance* adequados para tolerar o retorno para ventilação espontânea, com trabalho ventilatório e proteção das vias aéreas adequadas.

Fatores	Condição requerida
1. Evento agudo que motivou a VM	Revertido ou controlado
2. Troca gasosa	$PaO_2 \geq 60$ mmHg com $FIO_2 \leq 0,40$ e $PEEP \leq 5$ a $8$ cmH <sub>2</sub> O
3. Avaliação hemodinâmica	Sinais de boa perfusão tecidual, independência de vasopressores (doses baixas e estáveis são toleráveis), ausência de insuficiência coronariana ou arritmias com repercussão hemodinâmica.
4. Capacidade de iniciar esforço inspiratório	Sim
5. Nível de consciência	Paciente desperta ao estímulo sonoro, sem agitação psicomotora
6. Tosse	eficaz
7. Equilíbrio ácido-básico	$pH \geq 7,30$
8. Balanço Hídrico	Correção de sobrecarga hídrica
9. Eletrólitos séricos (K, Ca, Mg, P)	Valores normais
10. Intervenção cirúrgica próxima	Não

VM = ventilação mecânica; K = potássio; Ca = cálcio; Mg = magnésio; P = fósforo

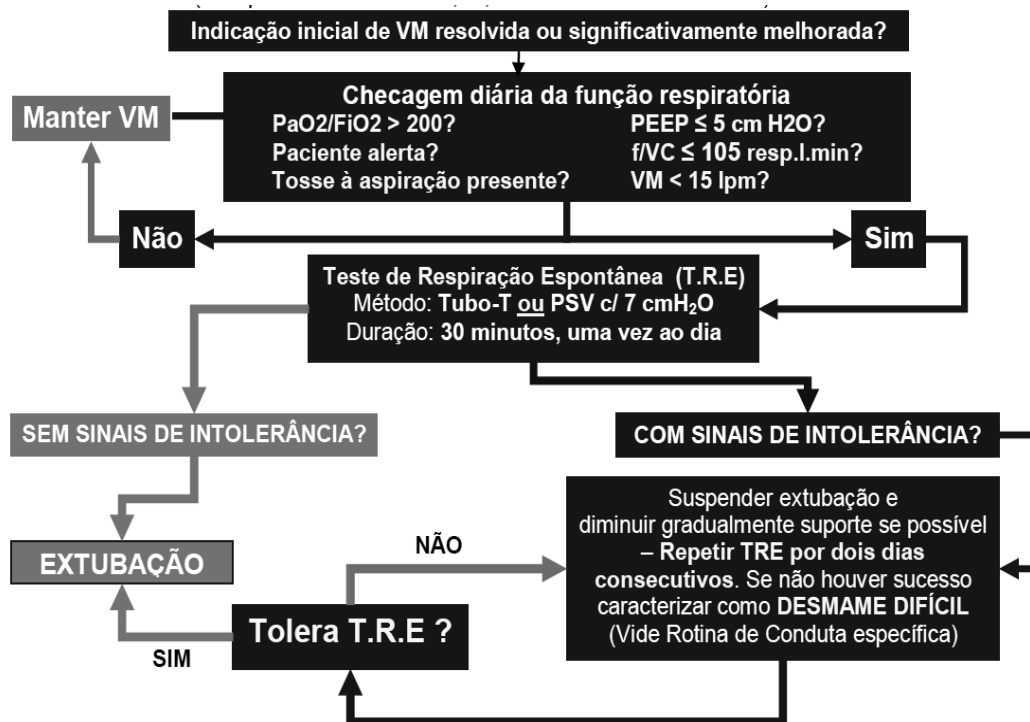
**Figura 2** – Parâmetro e índices fisiológicos que predizem fracasso de desmame.

Parâmetro Fisiológico	Índices fisiológicos	Predizem fracasso do desmame
Força	Capacidade Vital	<10 a 15 mL/Kg
	Volume Corrente	<5 mL/Kg
	Pressão inspiratória máxima ( $PI_{max}$ )	>-30 cmH <sub>2</sub> O
Endurância	Ventilação voluntária máxima	>10 L/min
	$P_{0,1}$	>6 cmH <sub>2</sub> O
	Padrão ventilatório (frequência respiratória)	≥35 cpm
Índices combinados	Frequência rRespiratória / Volume corrente (L) f/VT	>104 cpm/L

**Figura 3** – Parâmetros e sinais de intolerância ao teste de respiração espontânea.

Parâmetros	Sinais de intolerância ao teste
Frequência respiratória	>35 ipm
Saturação arterial de O <sub>2</sub>	<90%
Frequência cardíaca	>140 bpm
Pressão arterial sistólica	>180 mmHg ou < 90 mmHg
Sinais e sintomas	Agitação, sudorese, alteração do nível de consciência

**Figura 4** - Teste qualitativo de Permeabilidade.



## **POP 10 – EXTUBAÇÃO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – TAREFAS CRÍTICAS**

Desconforto respiratório (dessaturação, piora do padrão/ ritmo respiratório, fadiga muscular): reposicionar o paciente, aumentar oferta de oxigênio, instalar e/ou reajustar ventilação mecânica não invasiva.

Piora do padrão respiratório do paciente com eventual necessidade de reintubação: solicitar presença do médico imediatamente e providenciar o material necessário conforme procedimento de Intubação orotraqueal.

Broncoespasmo, laringoespasmo ou estenose (subglótica, de laringe ou de traqueia): avaliar o grau de desconforto respiratório, iniciar ou reavaliar o uso de ventilação não invasiva, informar o médico que avaliará realização de inalação com adrenalina e/ou administração de corticoide endovenoso ou a necessidade de reintubação de urgência.

Manter monitorização da saturação de oxigênio pela oximetria de pulso.

Rebaixamento do nível de consciência: observar nível de consciência após extubação devido ao risco de sonolência do paciente (por retenção de CO<sub>2</sub>, hipoventilação ou efeito medicamentoso). Garantir oxigenioterapia e, se necessário, utilizar ventilação mecânica não invasiva.

Certificar-se que o paciente esteja com dieta suspensa ou sonda nasogástrica aberta para evitar risco de vômito e broncoaspiração no momento da extubação.

Agitação psicomotora: avaliar possíveis causas como, não adaptação à ventilação não invasiva, desconforto respiratório, ansiedade.

Broncoaspiração de secreção de vias aéreas superiores: promover higiene brônquica e observar rigorosamente padrão respiratório.

### **3 - PROCEDIMENTO**

1. Preparar o material necessário para a realização do procedimento: material de aspiração, seringa de 20ml, material para oxigenioterapia (máscara de nebulização ou cateter nasal), água destilada 500ml e ponteira, toalha de rosto ou papel descartável, kit para ventilação mecânica não invasiva, material de intubação orotraqueal (se necessário);
2. Checar monitorização cardíaca e oximetria de pulso;
3. Acordar com a equipe multiprofissional o horário da extubação;

4. Verificar se o paciente está em jejum;
5. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
6. Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção (EPI);
7. Realizar as manobras de higiene brônquica necessárias, incluindo a aspiração da cânula orotraqueal e de vias aéreas superiores, como descrito em procedimento de aspiração traqueal;
8. Sentar o paciente no leito ou decúbito dorsal elevado (cabeceira a 45°). Colocar uma toalha ou papel descartável sobre a região do peito;
9. Desconectar o paciente da ventilação mecânica (silenciar o alarme);
10. Soltar a fixação da cânula orotraqueal;
11. Desinsuflar o balonete do “cuff” com seringa de 20 ml;
12. Solicitar ao paciente uma inspiração profunda com a boca aberta e, ao final desta, retirar-se a cânula;
13. Solicitar ao paciente uma tosse e, se possível, expectoração da secreção;
14. Observar monitorização cardíaca, oximetria, padrão e ritmo respiratórios e adaptar ao paciente à oxigenioterapia (por máscara de nebulização ou cateter de oxigênio) ou ventilação mecânica não invasiva, conforme indicação;
15. Manter o paciente sentado no leito em repouso para observação do padrão respiratório e orientar a equipe de enfermagem para manter o paciente neste decúbito nas próximas 2 horas pelo menos.

#### **4- ORIENTAÇÕES AO CLIENTE**

1. Orientar ao paciente a necessidade da sua cooperação antes, durante e após o procedimento, pois uma vez extubado ele deverá respirar sem o auxílio da prótese ventilatória.
2. Orientar sobre provável dor em região orofaríngea e rouquidão após a extubação, solicitando ao paciente que evite conversar logo após o procedimento.
3. Orientar sobre a importância do uso da oxigenioterapia e/ou ventilação não invasiva após a extubação.
4. Explicar que após a retirada do aparelho, o fisioterapeuta e o médico estarão próximos para observar e dar o suporte necessário ao paciente, tendo ou não sucesso o procedimento de extubação.

#### **5- REGISTROS**

Evolução diária.

## **POP 11 – FLUXOMETRIA**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Um aparelho de Peak-flowmeter;

Bocal/ máscara;

Equipamentos de proteção Individual:

Óculos de proteção;

Par de luvas de procedimento;

Máscara descartável;

Par de luvas estéril;

Gorro;

Avental não estéril.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

Avaliar o grau de obstrução brônquica

Viabilizar a detecção precoce da obstrução brônquica

Avaliar a reversibilidade do broncoespasmo

Determinar a efetividade da tosse.

### **4 - PROCEDIMENTOS**

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Providenciar material necessário;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Preparar o equipamento. Conectar sequencialmente o *peak-flowmeter* e o bucal;
6. Certificar-se de que o indicador vermelho está na base da escala;
7. Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevado ou sedestação;
8. Orientar o paciente a segurar o aparelho e pressionar o bucal contra os lábios;

9. Solicitar ao paciente que realize uma inspiração profunda e rápida, o que causará uma elevação do indicador vermelho na escala. Sua posição indicará o pico de fluxo.

**Obs:** Tabela 1 consta valores de pico fluxo expiratório (l/min) para população normal em pacientes adultos e Tabela 2 consta valores de pico de fluxo expiratório (l/min) previsto para crianças normais.

10. Repetir o procedimento três vezes. Registrar o valor máxima e informar o paciente o paciente sobre o resultado;

11. Desprezar as luvas de procedimento;

12. Higienizar o equipamento e armazená-lo em local próprio;

13. Lavar as mãos;

14. Registrar o procedimento.

### **Cuidados especiais**

1. É necessário que o paciente compreenda as orientações e colabore na realização do procedimento.

2. O teste deve ser repetido periodicamente e o dado obtido anotado em tabela para confecção de gráfico evolutivo individual. Observar o horário das medidas, considerando-se o uso de broncodilatadores.

3. Providenciar O2 se necessário.

4. Certificar-se para que não ocorra escape de ar pelas laterais da boca nem pelo nariz.

5. Se necessário, auxiliar a realização do procedimento pressionando as bochechas do paciente.

6. Permitir ao paciente repouso necessário entre os procedimentos.

7. Observar a oximetria de pulso, frequência respiratória e frequência cardíaca.

8. Observar sinais e sintomas de desconforto respiratório antes, durante e após os procedimentos.

## **5. REGISTROS**

Evolução fisioterapêutica.

<b>Tabela 1 - Valores de Pico de Fluxo Expiratório (l/min) para população normal *</b>						
<b>HOMENS</b>						
Idade	Estatura (cm)					
(anos)	155	160	165	170	175	180
20	564	583	601	620	639	657
25	553	571	589	608	626	644
30	541	559	577	594	612	630
35	530	547	565	582	599	617
40	518	535	552	569	586	603
45	507	523	540	557	573	576
50	494	511	527	543	560	563
55	483	499	515	531	547	563
60	471	486	502	518	533	549
65	460	475	490	505	520	536
70	448	462	477	492	507	521
<b>MULHERES</b>						
Idade	Estatura (cm)					
(anos)	145	150	155	160	165	170
20	405	418	431	445	459	473
25	399	412	426	440	453	467
30	394	407	421	434	447	461
35	389	402	415	428	442	455
40	383	396	409	422	435	448
45	378	391	404	417	430	442
50	373	386	398	411	423	436
55	368	380	393	405	418	430
60	363	375	387	399	411	424
65	358	370	382	394	406	418
70	352	364	376	388	399	411

\*Leiner, CG et al. Expiratory peak flow rate. Standard values for normal subjects. Use a clinical test of ventilatory function. Am Rev Respir Dis 1963; 88: 644.

**Tabela 2 - Valores de Pico de Fluxo Expiratório (l/min) Previsto para crianças normais.**

Estatura (cm)	Valor (l/min)	Estatura (cm)	Valor (l/min)
109	145	142	328
112	169	145	344
114	180	147	355
117	196	150	370
119	207	152	381
122	222	155	397
124	233	157	407
127	249	160	423
130	265	163	439
135	291	165	450
137	302	168	466
140	318	170	476

\* Godfrey S; et al. Brit J Dis Chest 1970; 64: 14-15.



## **POP 12 – MANOVACUÔMETRO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta

### **2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Manovacuômetro

Luvas de procedimento

Bocal/ máscara

Nariz artificial (HME)

Grampo nasal para oclusão

Equipamento de proteção individual

Óculos de proteção

Máscara

Par de luvas estéril

Gorro

Avental não estéril

### **3 - PROCEDIMENTO**

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Providenciar material necessário;
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Preparar o equipamento. Conectar sequencialmente o manovacuômetro, o HME e o bucal/máscara;
6. Certificar-se de que o ponteiro vermelho do manovacuômetro está para o lado da pressão negativa, de modo que ele fique à frente do ponteiro preto. O ponteiro vermelho permanecerá no valor máximo para o paciente atingir;
7. Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevado ou sedestação e colocar o grampo nasal;
8. Orientar o paciente a segurar o aparelho e pressionar o bucal contra os lábios;

9. Para mensurar a **PI max** solicitar ao paciente que realize uma expiração lenta e prolongada pela boca até atingir o volume residual e, em seguida, realizar um esforço inspiratório máximo com a válvula do manovacuômetro ocluída pelo fisioterapeuta;
10. Para mensurar a **PEmax**. Oriente ao paciente a realizar uma inspiração profunda e lenta pela boca até atingir a capacidade pulmonar total e, em seguida, expirar rapidamente realizando um esforço máximo com a válvula do manovacuômetro ocluída pelo fisioterapeuta;
11. Repetir o procedimento três vezes. Registrar o valor absoluto máximo e informar o paciente o paciente sobre o resultado;
12. Desprezar as luvas de procedimento;
13. Higienizar o equipamento e armazená-lo em local próprio;
14. Lavar as mãos;
15. Registrar o procedimento.

#### **Cuidados especiais:**

1. É necessário que o paciente compreenda as orientações e colabore na realização do procedimento.
2. Providenciar O2 se necessário.
3. Certificar-se para que não ocorra escape de ar pelas laterais da boca nem pelo nariz.
4. Se necessário, auxiliar a realização do procedimento pressionando as bochechas do paciente.
5. Permitir ao paciente repouso necessário entre os procedimentos.
6. Observar a oximetria de pulso, frequência respiratória e frequência cardíaca.
7. Observar sinais e sintomas de desconforto respiratório antes, durante e após os procedimentos.

#### **4 – SIGLAS**

PI<sub>máx</sub> – Pressão Inspiratória Máxima

PE<sub>máx</sub> – Pressão Expiratória Máxima

## VALORES DE REFERÊNCIA

**Tabela 1** – Dados antropométricos da amostra estudada de acordo com o gênero e a faixa etária.<sup>1</sup>

Faixa etária, anos	Dados antropométricos			
	Idade, anos	Peso, kg	Altura, m	IMC, kg/m <sup>2</sup>
<b>Homens</b>				
20-29	23,30 ± 3,27	71,44 ± 10,74	1,76 ± 0,07	23,15 ± 2,13
30-39	32,70 ± 2,26	72,29 ± 7,63	1,75 ± 0,08	23,55 ± 1,42
40-49	44,27 ± 3,10	76,85 ± 13,73	1,69 ± 0,07	26,63 ± 3,12
50-59	54,80 ± 3,39	81,65 ± 8,63	1,76 ± 0,05	26,50 ± 3,04
60-69	63,70 ± 2,63	73,18 ± 3,91	1,70 ± 0,08	25,52 ± 2,84
70-80	77,00 ± 2,79	65,62 ± 11,89	1,64 ± 0,05	24,31 ± 3,90
<b>Mulheres</b>				
20-29	22,40 ± 2,55	59,18 ± 8,80	1,62 ± 0,06	22,47 ± 3,52
30-39	33,30 ± 2,91	65,51 ± 8,37	1,66 ± 0,07	23,79 ± 2,96
40-49	44,80 ± 2,78	63,40 ± 9,92	1,62 ± 0,09	23,96 ± 2,29
50-59	54,20 ± 3,29	61,69 ± 5,96	1,58 ± 0,06	24,88 ± 1,94
60-69	64,70 ± 3,83	65,19 ± 7,95	1,59 ± 0,05	25,87 ± 2,11
70-80	75,70 ± 3,16	61,30 ± 6,62	1,56 ± 0,07	25,14 ± 2,61

<sup>1</sup>Valores expressos em média ± dp; cada faixa etária foi composta por 10 indivíduos.

**Tabela 2** – Valores medidos e previstos para Pl<sub>máx</sub> e PE<sub>máx</sub> para homens e mulheres.<sup>1</sup>

Faixa etária, anos	Pl <sub>máx</sub> , cmH <sub>2</sub> O		PE <sub>máx</sub> , cmH <sub>2</sub> O	
	Medido	Previsto	Medido	Previsto
<b>Homens</b>				
20-29	-113,5 ± 18,11	-136,72 ± 2,53*	148 ± 29,46	146,43 ± 2,65
30-39	-120 ± 16,16	-129,14 ± 1,81*	135,5 ± 31,92	138,81 ± 1,83
40-49	-100,42 ± 16,44	-119,97 ± 2,38*	127,08 ± 19,59	129,53 ± 2,41
50-59	-86 ± 26,23	-114,46 ± 10,85*	112,5 ± 27,21	120,91 ± 2,75
60-69	-85,00 ± 22,61	-104,34 ± 2,10*	104,00 ± 22,09	113,70 ± 2,13
70-80	-53 ± 19,18	-93,7 ± 2,23*	74,5 ± 22,79	102,93 ± 2,26
<b>Mulheres</b>				
20-29	-80,50 ± 20,06	-99,42 ± 1,25*	100,00 ± 18,41	101,94 ± 1,55
30-39	-82,5 ± 22,88	-93,64 ± 1,69*	94 ± 17,61	95,29 ± 1,77
40-49	-78,6 ± 20,94	-88,50 ± 1,44*	105,5 ± 25,54	88,27 ± 1,70
50-59	-69 ± 19,41	-83,84 ± 1,61*	88,5 ± 21,35	82,54 ± 2,01
60-69	-63,5 ± 13,55	-78,70 ± 1,88*	71 ± 9,07	76,13 ± 2,34
70-80	-52 ± 11,83	-73,31 ± 1,55*	66,5 ± 14,15	69,42 ± 1,93

<sup>1</sup>Valores expressos em média ± dp; cada faixa etária foi composta por 10 indivíduos. \*p ≤ 0,05 vs. Valores medidos para a faixa etária correspondente (teste de Shapiro-Wilk; teste t de Student; teste de Wilcoxon).

## **POP 13 - OXIGENOTERAPIA POR BAIXO CUSTO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Fonte de oxigênio;

Fluxômetro de Oxigênio;

Copo de umidificação de baixo fluxo;

Água destilada;

Cânula ou cateter nasal;

Esparadrapo;

Látex ou extensor de silicone.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

A administração de oxigênio estará indicada nos casos de IRpa aguda quando a PaO<sub>2</sub> for inferior a 60 mmHg ou a SaO<sub>2</sub> inferior a 90%.

### **4 - PROCEDIMENTOS**

1. Lavar as mãos;
2. Organizar o material necessário e levar ao paciente;
3. Utilizar luva de procedimento;
4. Conectar o fluxômetro na rede de oxigênio;
5. Colocar água destilada no umidificador, colocando data, hora e assinatura;
6. Conectar o copo de umidificação com água destilada ao fluxômetro;
7. Adaptar o extensor de silicone ou látex ao copo de umidificação;
8. Abrir o invólucro do cateter de oxigênio;
9. Adaptar o cateter de oxigênio ao extensor de silicone/látex;
10. Explicar o procedimento ao paciente;
11. Informar ao paciente que é proibido fumar ou utilizar qualquer fonte de fogo;
12. Evitar uso de equipamento elétrico;
13. Aspirar as narinas e boca quando necessário;

14. Se necessário cânula de guedel medi-la da comissura labial ao lobo da orelha;
15. Introduzir o cateter na fossa nasal (2,5 cm) do paciente;
16. Fixar o cateter de oxigênio com esparadrapo na face externa do nariz ou face;
17. Ajustar o fluxômetro de acordo com a necessidade do paciente, e conforme o protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda;
18. Avaliar padrão respiratório, as condições do paciente, sinais de hipóxia;
19. Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso;
20. Verificar gasometria arterial e alertar médico para valores de referência;
21. Concentrações de oxigênio recomendadas:
  - 1 L/pm – 24% de FIO<sub>2</sub>;
  - L/pm – 28% de FIO<sub>2</sub>;
  - L/pm – 32% de FIO<sub>2</sub>;
  - L/pm – 36% de FIO<sub>2</sub>;
22. Registrar o procedimento no prontuário, bem como a ocorrência de queixas, desconfortos, níveis de saturação e outros eventos durante oxigenoterapia;
23. Deixar a unidade limpa e organizada.

## **5 - REGISTROS**

Fazer o registro do procedimento no prontuário do paciente;

Relatar intercorrências ocorridas durante a realização do procedimento.

## **6 - SIGLAS**

PaO<sub>2</sub>: Pressão Arterial de Oxigênio;

SaO<sub>2</sub>: Saturação Arterial de Oxigênio;

FIO<sub>2</sub>: Fração Inspirada de Oxigênio;

L: Litro (s)

Pm: Por minuto.

## **POP 14 - OXIGENOTERAPIA POR ALTO FLUXO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Fonte de oxigênio;

Fluxômetro de Oxigênio;

Copo de umidificação;

Água destilada;

Traqueia corrugada de 15cm;

Máscara plástica facial;

Conector plástico do Sistema Venturi;

Diluidores codificados em seis cores para diferentes concentrações de 24%, 28%, 31%, 35%, 40%, 50%.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

A administração de oxigênio estará indicada nos casos de IRpa aguda quando a PaO<sub>2</sub> for inferior a 60mmHg ou a SaO<sub>2</sub> inferior a 90%.

### **4 - PROCEDIMENTOS**

1. Lavar as mãos;
2. Organizar o material necessário e levar ao paciente; Explicar o procedimento ao paciente; Informar que é proibido fumar e utilizar qualquer fonte de fogo, bem como evitar o uso de equipamento elétrico;
3. Encaixar a máscara na traqueia e esta ao diluidores codificados de acordo com o protocolo de dispneia;
4. Conectar o fluxômetro na rede de oxigênio;
5. Colocar água destilada no umidificador, colocando data, hora e assinatura;
6. Conectar o copo de umidificação com água destilada ao fluxômetro;
7. Adaptar o sistema venturi ao umidificador;
8. Ajustar o fluxômetro de acordo com o codificador a ser utilizado;
9. Posicionar a máscara na face do paciente;

10. Desprezar material utilizado em local apropriado;
11. Manter a unidade limpa e organizada;
12. Lavar as mãos;
13. Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso;
14. Verificar gasometria arterial e alertar médico para valores de referência:
  - PaO<sub>2</sub>: 50 a 60 mmHg; PaCO<sub>2</sub>: 36 a 44 mmHg; SATO<sub>2</sub>: 85 a 90%.

## **5 - REGISTROS**

Fazer o registro do procedimento no prontuário do paciente;

Relatar intercorrências ocorridas durante a realização do procedimento.

## **6 - SIGLAS**

PaO<sub>2</sub>: Pressão Arterial de Oxigênio;

SaO<sub>2</sub>: Saturação Arterial de Oxigênio;

PaCO<sub>2</sub>: Pressão Arterial de Dióxido de Carbono.

## **POP 15 - TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2- MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Incentivadores Respiratórios.

Bolsa valva máscara.

Máscara com válvula unidirecional.

Luvas de procedimento, capote, máscara e óculos de proteção.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

Identificar o paciente com necessidade de expansão pulmonar.

Definir melhor técnica expansiva a cada paciente.

Excluir contraindicações à técnica escolhida.

## 4 - PROCEDIMENTOS

### Indicações da expansão pulmonar

1. Condições que predisõem o desenvolvimento de atelectasias.
2. Além de situações que necessitem:
  - Restaurar o padrão respiratório normal;
  - Controlar a respiração com mínimo esforço;
  - Reexpandir tecido pulmonar colapsado;
  - Mobilizar a caixa torácica;
  - Melhorar força e endurance dos músculos respiratórios;
  - Aumentar o volume corrente e promover relaxamento;
  - Prevenir e minimizar complicações decorrentes de pneumopatias.

### Contraindicações ou situações de risco da expansão pulmonar

1. Paciente sem condição de ser instruído adequadamente, por falta de cooperação ou pela incapacidade de compreender as instruções.
2. Recomenda-se cuidado com cicatrizes cirúrgicas na região ou dores abdominais.
3. Fragilidade óssea ou fraturas: contraindicadas manobras de direcionamento de fluxo.
4. Elevada resistência das vias aéreas: contraindicam-se PVs.
5. Pneumotórax não drenado: contraindicam-se manobras de direcionamento de fluxo e estimulação diafragmática.
6. Broncoespasmo importante: contraindicam-se manobras de estimulação diafragmática.
7. Esternotomia: contraindicam-se posicionamento em decúbito lateral.
8. Taquipneia e hiperinsuflação pulmonar: contraindica-se uso de espirometria de incentivo.
9. Instabilidade hemodinâmica ou dessaturação: interromper o procedimento.

### Técnicas de Expansão Pulmonar

- Estimulação diafragmática

É uma estimulação proprioceptiva, cinésica ou manual, que consiste em um trabalho muscular diafragmático de contração contra resistência, seguida da contração voluntária máxima. Tem por objetivo reeducar ou melhorar a respiração diafragmática, acarretando melhor ventilação.



- Incentivadores respiratórios

São aparelhos portáteis de uso individual que estimulam a realização de uma inspiração máxima sustentada por parte do paciente assinalando o volume inspirado ou objetivo a ser atingido.

- Padrões ventilatórios

Consiste no uso de modalidades respiratórias ou exercícios respiratórios realizados pelo próprio paciente, inicialmente sob orientação do fisioterapeuta.

- Técnica de direcionamento de fluxo

Consiste na aplicação de uma pressão manual no tórax do paciente durante a inspiração e expiração.

- Posicionamento

Posicionar o paciente para estimular a expansão pulmonar da área comprometida.

- Hiperinsuflação manual com ambú

Consiste na insuflação pulmonar com um ressuscitador manual, aplicando-se volume de ar maior do que o volume corrente utilizado. Frequentemente, realiza-se inspiração lenta e profunda, seguida de pausa inspiratória e uma rápida liberação, a fim de obter um aumento do fluxo expiratório.

- Breath Stacking

Método alternativo que consiste em inspirações sucessivas através de uma válvula de sentido unidirecional, com bloqueio do ramo expiratório.

### **Descrição do procedimento**

1. Higienizar as mãos.
2. Colocar luvas de procedimento.
3. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado.
4. Posicionar o paciente adequadamente.
5. Ofertar ou aumentar o suporte de oxigênio, quando necessário.
6. Aplicar a técnica escolhida.

## **5 - INDICADORES**

- Incremento de volumes e capacidades pulmonares.

## **6 - REGISTROS**

Evolução da Fisioterapia.

## **POP 16 - TERAPIA DE HIGIENE BRÔNQUICA**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2- MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Par de luvas de procedimento;

Par de luva estéril;

Capote, óculos de proteção e máscara;

Sonda de aspiração de vias aéreas, seringas;

Soro fisiológico para aspiração;

Travesseiros e rolos.

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

**A Drenagem Postural, Vibração, Tapotagem e Percussão Torácicas são contraindicadas ou devem ser realizadas com cautela em casos que:**

1. Apresentem sibilos exacerbados;
2. Apresentem dispneia, crise asmática;
3. Edema agudo de pulmão;
4. Fratura de costelas; fragilidade óssea, hipertensão intracraniana;
5. Cardiopatias graves, presença de hemoptise, metástase pulmonar ou mediastinal;
6. Apresentem hipersensibilidade na pele, tórax senil ou osteoporose acentuada;
7. Menos de duas horas após as refeições;
8. Pós-operatórios imediatos de neurocirurgia craniana;
9. Em casos ortopédicos com limitações;
10. Hérnia de Hiato;
11. Uso de sonda nasogástrica fechada;
12. Pacientes com insuficiência respiratória aguda;
13. Pacientes com infarto do miocárdio, arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, *angina pectoris* ao exercício;
14. Pacientes com embolia pulmonar, tuberculose ativa;
15. Pacientes com hemoptise, pneumotórax e na presença de intolerância a posição;
16. Pacientes com abdome aberto, traumatismo torácico;
17. Instabilidade Hemodinâmica.

**A tosse é contraindicada em:**

1. Pacientes com contusões torácicas;
2. Pacientes com pneumotórax não drenado;
3. Pacientes com fraturas de costelas ou instabilidade torácica;
4. Pacientes com traumatismo craniano;
5. Pacientes com ressecção ou sutura de traqueia;
6. Cirurgias de estenose pós-intubação;
7. Pacientes com hérnias abdominais ou de hiato graves.

**Huffing, a TEF, a Drenagem autógena e o Ciclo Ativo da Respiração são contraindicados em:**

1. Pacientes que não compreendem e/ou não colaboram com a técnica;
2. Broncoespasmo importante;
3. Em casos de Hipoxemia: ofertar ou aumentar o suporte de oxigênio durante o procedimento e manter monitorização da saturação pela oximetria de pulso;
4. Quando houver Broncoespasmo: comunicar ao médico responsável.

**4- PROCEDIMENTOS**

1. Em pacientes submetidos à ventilação mecânica, as manobras devem ser realizadas em sincronismo com o ventilador;
2. Todas as manobras que serão citadas deverão anteceder ao procedimento de aspiração traqueal;
3. Descrever no Prontuário do paciente o aspecto e a quantidade da secreção pulmonar.

**Hiperinsuflação Manual (HM)**

1. Insuflação pulmonar com um ressuscitador manual, aplicando-se volume de ar maior do que o volume corrente utilizado;
2. Realizam-se inspirações lentas e profundas, seguidas de pausa inspiratória e uma rápida liberação, a fim de obter um aumento do fluxo expiratório;
3. Indicada em pacientes que apresentem acúmulo de secreção traqueobrônquica pois potencializa as forças de retração elásticas do pulmão;
4. Levam ao aumento do pico de fluxo expiratório, promovendo o deslocamento da secreção acumulada nas vias aéreas.

### **Compressão Brusca do Tórax**

1. Compressão vigorosa do tórax, no início da expiração espontânea ou da fase expiratória da ventilação mecânica, produzindo um aumento do fluxo expiratório;
2. Deve ser realizada em pacientes com ausência ou diminuição do reflexo de tosse e em pacientes com dificuldade de mobilizar secreção, especialmente aqueles com disfunção neuromuscular.

### **Drenagem Postural**

1. Consiste no posicionamento do corpo do paciente, de modo que o segmento pulmonar a ser drenado seja favorecido pela ação da gravidade;
2. O posicionamento no leito tem como objetivo otimizar a relação ventilação/perfusão, aumentar o volume pulmonar, reduzir o trabalho ventilatório e cardíaco e aumentar a depuração mucociliar;
3. Esta técnica pode e deve ser utilizada concomitantemente com outra técnica de desobstrução brônquica.

### **Vibração Torácica ou Vibrocompressão**

1. Consiste em movimentos rítmicos, rápidos e isométricos, com as mãos espalmadas, acopladas ao tórax e com certa pressão e intensidade suficiente para causar a vibração em nível brônquico.

### **Tapotagem**

1. Consiste em percutir com as mãos em forma de concha as regiões torácicas relacionadas com as áreas pulmonares com secreção;
2. Deve impor boa mobilidade de flexo-extensão do punho e quase nenhum movimento de cotovelo, bem como nenhum movimento de ombro.

### **Percussão Torácica**

1. Consiste em percutir sobre o tórax mediante o movimento de desvio ulnar com uma das mãos semifechadas, com o lado hipotênar sobre o dorso da outra mão;
2. Busca transmitir ondas de energia através da parede torácica, favorecendo o descolamento das secreções.

## **Tosse**

1. É uma ação reflexa de defesa do organismo, que objetiva remover substâncias estranhas e secreção acumulada na árvore brônquica;
2. Em indivíduos sem doença broncopulmonar, a tosse raramente ocorre e o sistema mucociliar é o responsável pela depuração;
3. Quando a quantidade de secreção aumenta, a tosse é um mecanismo adicional para a *clearance* mucociliar;
4. A tosse é a parte mais importante da terapia de higiene brônquica, já que a maioria das técnicas apenas ajuda a mover as secreções para as vias aéreas centrais;
5. A tosse dirigida deve ser ensinada ao paciente visando diminuir as características da tosse espontânea, produzindo uma tosse efetiva voluntária;
6. Posicionamento adequado que auxilie no momento da tosse e exercícios de aferição da respiração (respiração diafragmática) devem ser priorizados;
7. Assegurar a utilização das fases de inspiração profunda, para evitar o colapso das vias aéreas.

## **Tosse assistida**

1. Realização de um estímulo manual, com a palma das mãos sobre o tórax e abdome do paciente no momento em que ele tenta tossir;
2. É utilizada na presença de fraqueza muscular abdominal ou na presença de alta irritabilidade das vias aéreas, na posição sentada;
3. Pode ser realizada manualmente pela compressão da parte superior da traqueia (Tic traqueal ou estímulo de fúrcula).

## **Huffing**

1. É uma técnica de estimulação voluntária da tosse;
2. Realizada com uma contração dos músculos abdominais com a glote aberta.

## **Técnica de Expiração Forçada (TEF)**

1. Realização de uma expiração forçada com contração dos músculos abdominais, após uma inspiração;
2. Realizado com a glote aberta e a partir de um volume pulmonar baixo a médio;

3. As secreções mobilizadas alcançam as vias aéreas mais superiores e 1 ou 2 huffs ou tosse são solicitados para expectoração;
4. Após esses 1 ou 2 huffs ou expiração forçada, se faz necessário um período de relaxamento e respiração diafragmática controlada, o qual previne algum aumento na obstrução do fluxo aéreo;
5. A duração dessa pausa varia de acordo com a fatigabilidade do paciente.

### **Técnica do Aumento do Fluxo Expiratório (AFE)**

1. Expiração ativa ou passiva, realizada com volume pulmonar mais alto, onde a velocidade, a força e a extensão podem variar para encontrar o “débito ótimo”;
2. Necessário à desobstrução das vias aéreas.

### **Drenagem Autogênica**

1. É uma técnica onde se utiliza uma sequência de técnicas respiratórias;
2. Deve-se alterar a velocidade e a profundidade da ventilação;
3. Promove oscilações dos calibres dos brônquios;
4. A drenagem autogênica é dividida em 3 fases:
  - Descolamento: visa o desprendimento do muco nas porções periféricas dos pulmões através de respirações com volume pulmonar muito baixo;
  - Coleta: o muco é reunido nas vias aéreas médias por meio de respiração com volume pulmonar baixo;
  - Eliminação: o muco é levado para as vias aéreas centrais por meio de respirações com alto volume pulmonar.

### **Técnica do Ciclo Ativo da Respiração**

1. Técnica desobstrutiva das vias aéreas periféricas composta de 3 fases;
2. Aferição da respiração, exercícios de expansão torácica e técnica de expiração lenta.

### **ELTGOL (Expiração Lenta Total com a Glote Aberta em Infralateral)**

1. Técnica que objetiva deslocar secreções de vias aéreas médias;
2. Objetivo de demonstrar que as secreções podem ser mobilizadas contra a ação da gravidade em decúbito lateral;

3. Expirações lentas são efetivas no deslocamento de secreções em vias aéreas médias;
4. Reduz a progressão de doenças respiratórias;
5. Otimiza os mecanismos de *clearence* mucociliar e facilita a expectoração;
6. Promove a redução da resistência ao fluxo das vias aéreas;
7. Produz alterações nos derivados sanguíneos gasosos;
8. Produz melhora no volume total expirado e na relação complacência/resistência.

Em caso de pacientes que recebam dieta por sonda nasointestinal ou gastrostomias, deve-se comunicar à equipe da enfermagem sobre a realização do procedimento para pausa temporária da dieta.

### **Descrição dos procedimentos**

1. Lavar as mãos
2. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
3. Posicionar o paciente;
4. Colocar luvas de procedimento e óculos de proteção (EPI);
5. Ofertar ou aumentar o suporte de oxigênio, quando necessário.

### **DRENAGEM POSTURAL**

1. Utilizar de uma a três posições durante 15 minutos em cada posição;
2. Posições que podem ser utilizadas conforme a necessidade;
3. Decúbito Lateral Direito Horizontal (DLD);
4. Decúbito Lateral Esquerdo Horizontal (DLE);
5. DLD, DLE e DD com 20 a 30 graus de elevação.

### **TAPOTAGEM**

1. Posicionar o paciente sentado ou deitado em decúbito lateral direito ou esquerdo;
2. Aplicar sobre a parede torácica, na região relacionada com as áreas pulmonares com secreção, percutindo com as mãos em forma de concha;
3. Impor boa mobilidade de flexo-extensão do punho e quase nenhum movimento de cotovelo e nenhum movimento de ombro;
4. Em casos de esternotomias; deve-se aplicar a técnica com o paciente sentado e na região posterior do tórax.

## **VIBROCOMPRESSÃO**

1. Posicionar o paciente no decúbito desejado;
2. Aplicar movimentos rítmicos, rápidos e isométricos, com as mãos espalmadas, acopladas ao tórax e com certa pressão e intensidade suficiente para causar a vibração em nível brônquico;
3. Aplicar a compressão juntamente com a vibração durante a expiração do paciente, respeitando a mobilidade torácica.

## **TOSSE ASSISTIDA**

1. O terapeuta auxilia colocando apoio manual na região torácica e abdominal;
2. O paciente deve ficar na posição sentada ou em DD elevado;
3. Antes de realizar esta manobra deve-se ensinar ao paciente a maneira correta de tossir, utilizando a musculatura abdominal;
4. Ao preceder a tosse o paciente deverá realizar uma inspiração profunda para produzir um fluxo aéreo maior e mais rápido, causando turbulência aérea suficiente para arrastar as secreções pulmonares para fora da árvore brônquica;
5. A pressão no tórax e abdome deve ser repetida de duas a três vezes, promovendo compressão;
6. Se possível o paciente deverá realizar uma extensão do tronco durante a inspiração e uma flexão do tronco durante a tosse, favorecendo o movimento torácico da tosse;
7. Em casos de pós-operatórios, com incisões cirúrgicas no tórax ou abdome:
8. Deve-se explicar a importância do ato de tossir corretamente para manutenção da higiene das vias aéreas;
9. O paciente deve fletir o tronco sobre a incisão, colocando um travesseiro sobre a área, pressionando-o com as mãos;
10. Em seguida deve inspirar profundamente e tossir fortemente, utilizando os músculos abdominais, de preferência com a glote e a boca semiaberta evitando forçar os pontos da incisão.

## **ESTÍMULO A TOSSE**

1. Em pacientes em estado comatoso e inconsciente, realizar manualmente a compressão da parte superior da traqueia ou a compressão brusca do tórax do paciente.



## **HUFFING**

1. O paciente deve realizar uma expiração após uma inspiração curta, contraindo firmemente os músculos abdominais;
2. A glote deve estar aberta, sem contrair os músculos da garganta;
3. Deve ser mantido tempo suficiente para tentar remover as secreções brônquicas distais sem partir para a tosse espasmódica;
4. Huff a baixo volume pulmonar:
5. Realiza-se uma inspiração curta, expira-se até a CRF (Capacidade Residual funcional) e inicia-se a contração dos músculos abdominais prolongando a expiração com a glote aberta;
6. Huff a alto volume pulmonar:
7. Realiza-se uma inspiração até a CPT (Capacidade Pulmonar Total);
8. Expira-se contraindo a musculatura abdominal com a glote aberta.

## **TÉCNICA DE EXPIRAÇÃO FORÇADA**

1. O paciente deve realizar uma expiração forçada após uma inspiração contraindo os músculos abdominais, sem contrair os músculos da garganta;
2. O Huff deve ser mantido tempo suficiente para tentar remover as secreções brônquicas distais sem partir para a tosse espasmódica;
3. As secreções mobilizadas alcançam as vias aéreas mais superiores e 1 ou 2 huffs ou tosse são solicitadas para expectoração.

## **AUMENTO DO FLUXO EXPIRATÓRIO**

1. Deve-se posicionar o paciente em decúbito dorsal, e as mãos do fisioterapeuta deverão ser colocadas uma sobre o tórax e a outra sobre o abdome;
2. A manobra inicia-se no platô inspiratório e a mão torácica realiza uma pressão de aceleração simétrica, oblíqua, de cima para baixo e de frente para trás;
3. A mão abdominal, por sua vez, realiza um movimento oblíquo de baixo para cima e de frente para trás;
4. Uma aceleração de fluxo deve ser sempre precedida de uma inspiração máxima e realizada a uma velocidade superior à da expiração normal e próxima à da tosse;
5. Conforme a idade e a colaboração do paciente, a técnica pode ser passiva, ativa-assistida e ativa.

## **DRENAGEM AUTOGÊNICA**

1. O paciente utiliza uma sequência de técnicas respiratórias, alterando a velocidade e a profundidade da ventilação, promovendo oscilações dos calibres dos brônquios;
2. O paciente deve estar sentado, recostado, ombros relaxados, uma mão no abdome e outra no tórax;
3. Utiliza-se inspirações e expirações lentas e controladas, iniciadas ao nível do Volume Residual expiratório (VRE) até o Volume Residual Inspiratório (VRI);
4. O paciente faz uma inspiração profunda e suave, faz uma expiração até o Volume Residual (VR);
5. Inicia as inspirações e expirações lentas, suaves e curtas em nível de VRE;
6. Em seguida faz as inspirações e expirações em nível do Volume Corrente;
7. Em seguida realiza as inspirações e expirações em nível do VRI;
8. Termina realizando huffing para eliminar a secreções da traqueia.

## **CICLO ATIVO DA RESPIRAÇÃO**

1. Constitui-se de três tipos de exercícios respiratórios realizados subsequentemente. São exercícios de aferição da respiração (CR), exercícios de expansão torácica e técnica de expiração forçada (TEF)
2. O paciente deve estar sentado, recostado, ombros relaxados, mãos no abdome;
3. O paciente realiza respirações suaves, estimulando a respiração abdominal, com relaxamento dos ombros e tórax superior;
4. A expiração deve ser relaxada e pode ser manualmente assistida;
5. O paciente realiza inspirações profundas, duas ou três vezes seguidas de pausa inspiratória de três segundos;
6. Realiza um ou dois huffs sempre seguidos de aferição da respiração.

## **5 - REGISTROS:**

Prescrição médica;  
Evolução médica;  
Anotações de enfermagem UTI;  
Evolução do enfermeiro;  
Ficha de balanço e controle;  
Evolução da fisioterapia.

## **6 - SIGLAS:**

CR- Ciclo da respiração;  
HM – hiperinsuflação manual;  
THB – Terapia de higiene Brônquica.

## **POP 17 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NO TRM**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2- MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Luvas de procedimento;

Capote, óculos de proteção e máscara.

### **3 – TAREFAS CRÍTICAS**

O Trauma Raquimedular (TRM) constitui o conjunto de alterações, temporárias ou permanentes, nas funções motora, sensitiva ou autonômica, conseqüentes à ação de agentes físicos sobre a coluna vertebral e os elementos do sistema nervoso nela contidos.

O acometimento da coluna cervical acontece em 2/3 dos pacientes com TRM e frequentemente apresentam lesões simultâneas, como trauma torácico, abdominal e lesões vasculares do sistema vértebro-carotídeo.

#### **Fisiologia**

Primária: Lesão imediata ao trauma devido contusão mecânica e hemorragia;

Secundária: Eventos bioquímicos que levam à disfunção e morte celular.

#### **Avaliação**

Avaliação neurológica;

Inspecionar possíveis contusões, ferimentos e fraturas;

Avaliação déficit motor/sensitivo e reavaliações após o período de choque medular;

Avaliar presença de automatismo medular;

Mobilização precoce das extremidades, mantendo a imobilização (colar cervical e prancha rígida);

Realizar mobilização em bloco enquanto persistir instabilidade da coluna;

Manter vias aéreas pérvias e não realizar aspiração nasal caso haja traumatismo facial;

Manter oxigenação adequada (SatO<sub>2</sub> > 95%). Avaliar necessidade de cateter, máscara de nebulização, máscara de Venturi para PaO<sub>2</sub> entre 80 e 120);

Estimular musculatura respiratória e estimular a tosse, para mobilizar possíveis secreções;

Avaliar necessidade de ventilação não-invasiva em casos de desconforto respiratório (CPAP, BIPAP, RPPI).

## **Diagnóstico**

### **Clínico:**

Choque medular: Ausência total de reflexos, sensibilidade e motricidade abaixo do nível da lesão;

A ausência de tônus esfinteriano pode indicar também vigência de choque medular.

### **Radiológico:**

Radiografia simples de coluna (ântero-posterior e perfil);

Tomografia computadorizada de coluna;

Ressonância nuclear magnética de coluna (melhor método para avaliar integridades de estruturas não ósseas).

## **4 - PROCEDIMENTOS**

1. Observar necessidade e indicações de VNI.

### **Contraindicações de ventilação não-invasiva:**

1. Presença de traumas orofaciais;
2. Enterorragias;
3. Sangramentos no conduto auditivo, que pode estar relacionado à fratura de articulação têmporo-mandibular;
4. Rebaixamento do nível de consciência;
5. Alteração na deglutição e/ou dificuldade de manipular secreções;

6. Deterioração respiratória;
7. Agitação ou não adaptação a ventilação não invasiva;
8. Avaliar necessidade de intubação orotraqueal, caso a ventilação não invasiva não tenha sucesso;
9. Atenção especial nos casos de lesão cervical alta – sugerir IOT;
10. Compressão Pneumática Intermitente para profilaxia de TVP (ver protocolo de TVP);
11. Evitar mobilização de membros inferiores, exceto se contraindicação (politrauma, fratura de membros inferiores);
12. Avaliar necessidade de protetor de pé equino (disponível na UTI). Em casos de padrões neurológicos já instalados: órteses;
13. Sugerir traqueostomia precoce (cinco dias) em casos de lesões medulares completas ou prognóstico reservado.

## **5 - REGISTROS**

Prescrição médica;

Evolução médica;

Anotações da enfermagem;

Evolução do enfermeiro;

Ficha de balanço e controle;

Evolução da fisioterapia.

## **6 - SIGLAS:**

VNI- Ventilação não invasiva;

IOT- Entubação Orotraqueal;

UTI- Unidade de Terapia Intensiva;

TVP- Trombose venosa profunda.

## **POP 18 - ESPIROMETRIA DE INCENTIVO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Espirômetros de incentivo.

Luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção.

### **3- TAREFAS CRÍTICAS**

Identificar o paciente com necessidade de expansão pulmonar.

Garantir entendimento da realização do procedimento por parte do paciente.

Excluir contraindicações à realização da técnica.

### **4- PROCEDIMENTOS**

#### **Indicações do uso da espirometria de incentivo**

1. Presença de atelectasia pulmonar.
2. Condições que predisõem o desenvolvimento de atelectasias., como cirurgias abdominais altas, cirurgias torácicas e cirurgias em pacientes portadores de DPOC.
3. Presença de defeito pulmonar restritivo com quadriplegia e/ou diafragma disfuncional.

#### **Contraindicações ao uso dos espirômetros de incentivo**

1. Paciente sem condição de ser instruído adequadamente, inconscientes, não cooperativos ou incapazes de compreender as instruções.
2. Em geral, crianças abaixo de quatro anos de idade não são capazes de realizar corretamente os exercícios usando os espirômetros de incentivo.
3. Incapacidade de inspiração profunda efetiva (capacidade vital < 10 ml/kg ou capacidade inspiratória abaixo de 1/3 do normal predito), presença de taquipneia ou hiperinsuflação pulmonar.
4. Quando ocorrer uso de musculatura acessória durante a realização do exercício: deve-se reorientar o paciente sobre a forma correta da realização do procedimento.

### **Riscos e complicações da espirometria de incentivo**

1. Hiperventilação e alcalose respiratória.
2. Desconforto secundário ao controle inadequado da dor.
3. Barotrauma pulmonar.
4. Exacerbação de broncoespasmo.
5. Fadiga.

### **Descrição do procedimento**

1. Higienizar as mãos.
2. Colocar luvas de procedimento.
3. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado.
4. Posicionar o paciente adequadamente, com a cabeceira da cama elevada a 30° em relação ao plano horizontal, proporcionando maior recrutamento diafragmático durante o procedimento.
5. Posicionar o aparelho na linha vertical, deixando a inscrição referente ao volume ou fluxo visível para o paciente possibilitando o *feedback* visual durante todo o procedimento.
6. Acoplar de forma correta a boca do paciente e o bocal do aparelho a fim de evitar vazamentos ou obstrução do bocal.
7. Avaliar a necessidade de utilização de clipe nasal para impedir que o paciente inspire por essa via, evitando a ocorrência de uma redução do fluxo ou volume a ser registrado.
8. Paciente de realizar uma inspiração lenta (fluxo laminar) e profunda até a CPT a partir da CRF. Recomendando-se a sustentação máxima da inspiração por cerca de 3 segundos. A expiração é realizada de forma normal (CRF).
9. A prescrição do nº de repetições (em média 10 repetições) e do descanso será de acordo com a avaliação do profissional. Recomendando-se intervalos de 60 segundos entre as inspirações máximas sustentadas.

## **Utilização de espirômetros de incentivo em pacientes traqueostomizados**

1. É necessária a adaptação do espirômetro de incentivo à traqueostomia através de um conector de tubo de anestesia.
2. Paciente de permanecer com a boca fechada e usar um clipe nasal durante o procedimento.
3. Caso essa orientação não possa ser seguida, deve-se insuflar o balonete da traqueostomia para prevenir vazamento de ar através das vias aéreas superiores.

## **Indicadores**

1. Ausência ou melhora dos sinais da atelectasia.

## **5 – REGISTROS**

Evolução da Fisioterapia.

## **6 - SIGLAS**

CPT – Capacidade Pulmonar Total.

CRF – Capacidade Residual Funcional.

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

## **POP 19 - BOX DE EMERGÊNCIA**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAL NECESSÁRIO**

Estetoscópio.

Esfignomômetro.

Oxímetro.

### **3 –TAREFAS CRÍTICAS**

- Traçar o perfil do paciente: déficits cognitivos, de linguagem, alterações da função respiratória e sensório-motora.



- Guiar na decisão de admitir o paciente em Ventilação Mecânica e/ou oxigenioterapia:
- Avaliar a ocorrência de lesão inalatória;
- Identificar falência de musculatura respiratória;
- Avaliar lesão em parede torácica;
- Avaliar permeabilidade de vias aéreas e auxiliar na remoção das causas da obstrução;
- Identificar incapacidade de proteção de via aérea- broncoaspiração;
- Identificar ineficiência de trocas gasosas;
- Identificar redução de drive respiratório;
- Identificar rebaixamento do nível de consciência;
- Auxiliar no procedimento de intubação orotraqueal;
- Avaliar a necessidade de higienização das vias aéreas superiores e inferiores (aspiração);
- Auxiliar na RCP, vide POP 23°;
- Avaliar indicação de procedimentos fisioterapêuticos através da escolha de técnicas específicas determinando a frequência dos atendimentos;
- Monitorar resposta à terapia proposta e acompanhar a evolução diária auxiliando na discussão de casos com o corpo clínico;
- Uniformizar a rotina de avaliação neurológica funcional de pacientes admitidos em ambiente hospitalar e, assim, determinar medidas terapêuticas apropriadas.
- Obtenção de dados qualitativos e quantitativos para publicação científica através de instrumentos validados.

#### **4 - PROCEDIMENTOS**

##### **Procedimento no box de emergência**

1. Receber o paciente e realizar AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA conforme POP 01, observando presença de cianose central e periférica bem como a presença de sangramentos e monitorização da pressão arterial;
2. Se o paciente estiver em ventilação mecânica avaliar:

**Marcadores Funcionais:** FR, SpO<sub>2</sub>, PR, AP, MECÂNICA PULMONAR (complacência, resistência e auto-PEEP), VOLUME CORRENTE;

**Alteração Funcional:** componente elástico de parede torácica, componente elástico de parede abdominal, componente elástico de parênquima ou componente resistivo.

## **Condutas**

### **Fisioterapia Respiratória**

#### **Terapia de Expansão Pulmonar:**

1. Padrões ventilatórios;
2. VNI;
3. Manobra de expansão no VM (ajuste fino do alarme de pressão inspiratória máxima);
4. Recrutamento alveolar;
5. Posicionamento.

#### **Terapia de higienização brônquica:**

6. Manobras manuais: AFE, exercícios de mobilidade torácica;
7. Manobras com bolsa valva máscara;
8. Manobras no VM;
9. Tosse dirigida, assistida ou “tic” traqueal;
10. Aspiração endotraqueal.

### **Fisioterapia Motora**

11. Alongamentos ou posturas de alongamento;
12. Mobilização escapular;
13. Cinesioterapia passiva, assistida, ativa ou resistida;
14. Evolução de postura (precoce).

## **Ventilação Mecânica = “NORMOVENTILAR”**

### **Admissão**

1. Modo PCV (manter sincronia máquina X paciente);
2. VT 6-8ml/Kg e FR 12-16ipm (monitorizar VE e PaCO<sub>2</sub>);
3. Se houver ISQUEMIA CEREBRAL, manter PaCO<sub>2</sub> = 40-45mmHg;
4. Se houver HEMORRAGIA CEREBRAL, manter PaCO<sub>2</sub> = 35-40mmHg;
5. FiO<sub>2</sub> 70- 100% (manter SpO<sub>2</sub> acima de 95%);
6. Manter PaO<sub>2</sub> ≤ 120 mmHg;
7. Lembrar: ↑PaO<sub>2</sub> = vasoconstrição cerebral;

8.  $\downarrow$ PaO<sub>2</sub> = vasodilatação cerebral -  $\uparrow$ FSC -  $\uparrow$ PIC;
9. PEEP inicial de 5-8 cmH<sub>2</sub>O ou titular (cálculo da PEEP ideal);
10. Manter os parâmetros iniciais enquanto o paciente estiver sedado. Assim que possível evoluir desmame.

### **Orientações ao cliente**

1. Realizar apresentação do profissional e dos procedimentos a serem realizados.

### **5- REGISTROS**

Pacientes internados:

\*Registrar condutas realizadas no momento da admissão e estabelecer o planejamento fisioterapêutico com os objetivos conforme a avaliação do paciente.

### **6 – SIGLAS**

RCP – Reanimação Cardio Pulmonar

POP – Procedimentos Operacionais Padrão

FR – Frequência Respiratória

SpO<sub>2</sub> – Saturação Arterial de Oxigênio

PR – Padrão Respiratório

AP - Ausculta Pulmonar

VNI – Ventilação Não Invasiva

VM – Ventilação Mecânica

AFE – Aceleração do Fluxo Expiratório

PCV – Ventilação por Pressão Controlada

VT – Volume Total

VE – Volume Expiratório

PaCO<sub>2</sub> – Pressão Arterial de Gás Carbônico

FiO<sub>2</sub> – Fração Inspirada de Oxigênio

PaO<sub>2</sub> – Pressão Arterial de Oxigênio

FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral

PIC – Pressão Intracraniana

PEEP – Pressão Positiva ao Final da Expiração

### Escala de agitação e sedação de Richmond – Rass

Escore	Termo	Descrição
+4	Combativo	Abertamente combativo, violento, ameaçador para a equipe
+3	Muito agitado	Agressivo, puxa ou remove tubos/cateteres
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, "briga" com o ventilador
+1	Inquieto	Ansioso mas sem movimentos agressivos
0	Alerta e calmo	
-1	Despertável	Não completamente desperto, mas consegue ficar acordado - abre os olhos ou faz contato visual em resposta a voz (abertura ocular >10seg)
-2	Sedação leve	Desperta por breves períodos e faz contato visual (abertura ocular < 10 seg)
-3	Sedação moderada	Movimenta-se ou abre os olhos em resposta a voz, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Movimento ou abertura dos olhos em resposta ao estímulo físico, mas não a voz.
-5	Sem despertar	Não responde à voz ou estímulo físico

### Paciente comatoso: Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Parâmetro	Resposta observada	Escore
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Estímulos verbais	3
	Estímulos dolorosos	2
	Ausente	1
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
Resposta Motora	Obedece a comandos verbais	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Retirada inespecífica	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Ausente	1
	Soma	-

## Níveis de funcionamento cognitivo Rancho Los Amigos

Níveis Cognitivos	Respostas Funcionais
I	Nenhuma resposta
II	Resposta generalizada à estimulação
III	Resposta localizada a estímulos
IV	Comportamento confuso e agitado
V	Confuso, inadequado, inapropriado, não agitado
VI	Comportamento confuso, mas apropriado
VII	Comportamento automático e apropriado
VIII	Comportamentos apropriados, intencionais e com finalidade

### Pupilas:

1. Quanto ao TAMANHO:

2. Quanto à SIMETRIA:

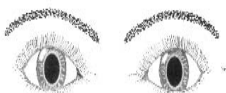
**Miótica:** Encefalopatia metabólica, disfunção diencefálica ou drogas sedativas.



**Isocórica**



**Midriática:** Lesões graves de mesencéfalo, encefalopatia anóxica, compressão do nervo oculomotor ou uso de atropina (pós - PCR).



**Médio-fixas:** Lesões ventrais de mesencéfalo ou morte encefálica.

**Reflexo fotomotor:** fotorreagente ou Não fotorreagente.

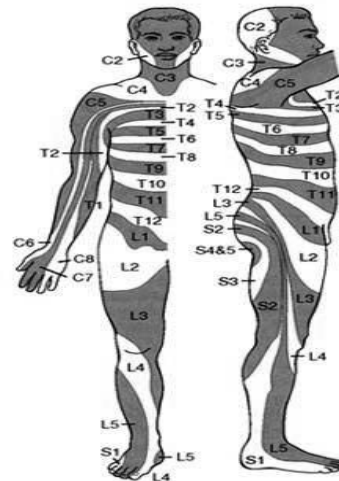
## Escore validado para avaliar pacientes com eminência de internação em UTI

MEDICAL EMERGENCY TEAM (MET) SCORE
Via aérea
Via aérea ameaçada (aspiração de secreção, intubação traqueal e broncoscopia)
Ventilação
Frequência respiratória < 6 ou > 30 irpm
SpO2 < 90% mesmo com suplementação de O2
Circulação
Pressão arterial sistólica <90mmHg
Frequência cardíaca < 40 ou > 140 bpm
Neurologia
Escala de coma de Glasgow <13 pontos ou redução aguda de 2 pontos
Convulsões repetidas ou prolongadas > 5 minutos
Outros- preocupação subjetiva com o estado do paciente

## Tônus: escala de Ashworth - normotonia, hipotonia ou hipertonia

<b>Grau 0</b>	Tônus muscular normal
<b>Grau 1</b>	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestada tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude de movimento, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão
<b>Grau 1+</b>	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento restante
<b>Grau 2</b>	Aumento mais acentuado no tônus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas
<b>Grau 3</b>	Aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil
<b>Grau 4</b>	Partes afetadas rígidas, na flexão ou na extensão

**Sensibilidade (TESTAR DERMÁTOMOS):** **protopática** - normoestesia, hipoestesia ou hiperestesia; **epicrítica** – teste de propriocepção e cinestesia + discriminação de dois pontos + barestesia + estereognosia.



**Reflexos:** biceptal, triceptal, patelar e Aquileu – normo-reflexia, hipo-reflexia ou hiper-reflexia.

### Força muscular: Escala de Kendall - Teste de Força Muscular

<b>Grau 0</b>	Ausência de contração muscular
<b>Grau 1</b>	Esboço de contração muscular sem deslocamento do segmento
<b>Grau 2</b>	Movimento completo do membro sem a gravidade
<b>Grau 3</b>	Movimento completo do segmento contra a gravidade
<b>Grau 4</b>	Movimento completo contra a gravidade com resistência parcial
<b>Grau 5</b>	Movimento completo contra a gravidade com resistência máxima

## **POP 20 – RECRUTAMENTO**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Aparelho de ventilação mecânica;

Sistema de aspiração fechado.

### **3 – TAREFAS CRÍTICAS**

Identificar o paciente com indicação de recrutamento alveolar;

Excluir contraindicações da realização do recrutamento alveolar.

### **4 - PROCEDIMENTOS**

#### **Indicações de recrutamento alveolar:**

1. Relação entre pressão parcial de oxigênio no sangue arterial e fração inspirada de oxigênio ( $PaO_2/FiO_2$ ) inferior a 150;
2. Pressão de oclusão de artéria pulmonar (Pwedge) menor que 18 mmHg;
3. Redução do índice de oxigenação (relação  $PaO_2/FiO_2$ );
4. Redução da complacência;
5. SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo).

#### **Contraindicações**

1. Instabilidade hemodinâmica não controlada por drogas vasoativas.
2. Pneumomediastino.
3. Pneumotórax.
4. Derrame pleural não drenado.
5. Fístula broncopleurar.
6. Fibrose pulmonar.
7. Hipertensão intracraniana.
8. Fases avançadas de enfisema pulmonar.
9. Bronquiectasia com bolhas pulmonares.
10. Hemoptise e agitação psicomotora.
11. História sugestiva de pressão atrial esquerda elevada.
12. Contraindicações para sedação e paralisia.



## **Definido as indicações e excluídas as contraindicações iniciar o recrutamento**

1. Higienizar as mãos.
  - Instalar sistema de aspiração fechado.
2. Realizar aspiração de via aérea antes da manobra.
3. Posicionar paciente em decúbito dorsal elevado (fowler 45°) ou prono.
  - Paciente sob sedação profunda ou curarizado.
  - Garantir estabilidade hemodinâmica.
  - FiO<sub>2</sub>: 100%.
  - FR: 10 ipm.
  - T<sub>insp</sub>: 1,0s.
  - Manter sempre o delta de pressão: 15 cmH<sub>2</sub>O.
  - PEEP: 25 cmH<sub>2</sub>O – Step 1.
  - PEEP: 30 cmH<sub>2</sub>O – Step 2.
  - PEEP: 35 cmH<sub>2</sub>O – Step 3.
  - PEEP: 40 cmH<sub>2</sub>O – Step 4.
  - PEEP: 35 cmH<sub>2</sub>O – Step 5.
  - Avaliar SpO<sub>2</sub> e Volume Total para interromper ou progredir para próximo step.
  - Observar Pressão Arterial e Frequência Cardíaca.
  - Realizar PEEP decremental para titulação da mesma.
  - Estabelecer ventilação protetora (volume corrente e FR baixa).
  - Realizar exame gasométrico avaliativo do procedimento após 30 min.

## **5 – INDICADORES**

Complicações do recrutamento alveolar (barotrauma).

## **6 – REGISTROS**

Prescrição médica.

Evolução médica.

Evolução de fisioterapia.

## **7 – SIGLAS**

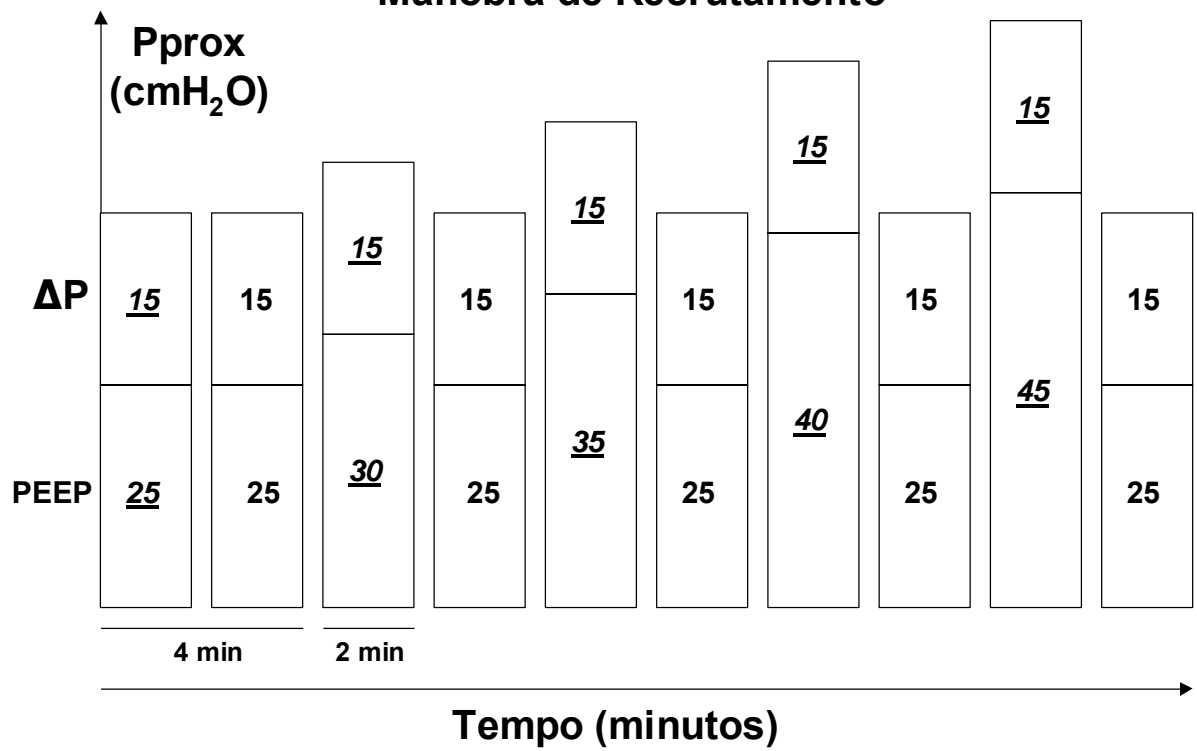
PEEP – Pressão Expiratória Final.

SpO<sub>2</sub> – Saturação Periférica de Oxigênio.

FR – Frequência Respiratória.

## Protocolo Experimental

### Manobra de Recrutamento



## **POP 21 – PCR**

### **1 – RESPONSÁVEL**

Fisioterapeuta.

### **2 – MATERIAIS NECESSÁRIO**

Bolsa valva máscara;

Fluxômetro de oxigênio;

Micronebulizador;

Látex de oxigênio;

Sonda de aspiração;

Luva de procedimento e estéril;

Gases;

Soro fisiológico (0,9%);

Látex de aspiração;

Vidro coletor de secreção;

Ventilador mecânico;

Circuito de ventilador mecânico (traqueias, sensores e linhas);

Filtro de ventilação (HME).

### **3 - TAREFAS CRÍTICAS**

Durante a parada cardiorrespiratória os fisioterapeutas necessitam de um conhecimento técnico adequado devido ao uso do ressuscitador manual, dispositivos invasivos de vias aéreas, desfibriladores, assistência ventilatória, monitores hemodinâmicos e respiratórios. Deve estar apto junto à equipe clínica a identificar as condições que provocaram a parada cardíaca, e iniciar o tratamento adequado.

O fisioterapeuta atua com o objetivo de manter as vias aéreas através da ventilação, que são realizadas com o auxílio da bolsa valva máscara, estando o paciente em respiração espontânea, intubados ou traqueostomizados, após cada ciclo de massagem cardíaca, monitorizando constantemente a Saturação Periférica (SpO<sub>2</sub>) do paciente. Esses ciclos são constituídos de compressões torácicas e ventilações através da bolsa valva máscara, podendo ser, as compressões torácicas, realizadas alternadamente com os demais membros da equipe.

#### **4 - PROCEDIMENTOS**

1. Avaliar sinais vitais (FC, PA e SpO<sub>2</sub>).
2. Melhorar o posicionamento do paciente.
3. Comunicação de toda a equipe e solicitar avaliação médica.
4. Após constatação da PCR, auxiliar nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, intubação e montagem de equipamentos necessários (bolsa valva máscara de O<sub>2</sub> e ventilador mecânico) e aspiração traqueal e de vias aéreas.
5. Manobras de ressuscitação (RCP): Consistem em procedimentos de ventilação e oxigenação através de bolsa valva máscara a 10 l/min de O<sub>2</sub> e compressões torácicas que devem ser realizadas na linha entre os mamilos (dois dedos acima do processo xifoide), 100 compressões por minuto de 3,5 a 5 cm de profundidade sobre o esterno, com as duas mãos sobrepostas durante o período de 2 minutos após o qual deverá ocorrer o revezamento entre a equipe.
6. Intubação: O fisioterapeuta auxiliará no procedimento de intubação realizando a pré-oxigenação através de bolsa valva máscara a 10 l/min de O<sub>2</sub>, no posicionamento cervical e quando solicitado realizará a manobra de Selic. Após a intubação deve-se confirmar o procedimento e o posicionamento do tubo traqueal através da ausculta pulmonar.
7. Aspiração traqueal: O fisioterapeuta poderá realizar a aspiração traqueal e de vias aéreas (vide POP 02) após o procedimento de intubação.
8. Montagem do circuito: O fisioterapeuta poderá montar o circuito de ventilação mecânica, testar o equipamento, conectar o paciente e ajustar os parâmetros ventilatórios iniciais.

#### **5 – SIGLAS**

FC – Frequência Cardíaca.

PA – Pressão Arterial.

SpO<sub>2</sub> – Pressão de saturação de oxigênio.

PCR- Parada Cardiorrespiratória.

O<sub>2</sub> – Oxigênio.

RCP – Ressuscitação Cardio Pulmonar.

#### 4.7.2.3. Procedimentos Operacionais Padrão para Ambulatório, Enfermaria, UTI Adulto, Bloco Cirúrgico e CME

LISTAGEM	
Procedimentos Operacionais Padrão: Ambulatório, Enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva, Bloco Cirúrgico e CME.	
Procedimentos Operacionais Padrão: Ambulatório.	
POP 01	AGENDAMENTO DE CONSULTAS E INTERCONSULTAS
POP 02	CADASTRAMENTO DE PRONTUÁRIOS
POP 03	ATENDIMENTO AO PACIENTE – 1ª CONSULTA
POP 04	ORGANIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS DE ATENDIMENTO
Procedimentos Operacionais Padrão: Enfermaria	
POP 05	ADMISSÃO NA ENFERMARIA
POP 06	ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM
POP 07	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL
POP 08	ATRIBUIÇÕES DO OFICIAL ADMINISTRATIVO
POP 09	ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
POP 10	ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS
POP 11	EVOLUÇÃO MÉDICA DOS PACIENTES DA ENFERMARIA
POP 12	PRESCRIÇÃO MÉDICA DA ENFERMARIA DA CLÍNICA MÉDICA
POP 13	SOLICITAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS
POP 14	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS
POP 15	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ESPECIAIS
POP 16	TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTES DA ENFERMARIA
POP 17	ALTA DA ENFERMARIA

### Procedimentos Operacionais Padrão: Unidade de Terapia Intensiva

<b>POP 18</b>	SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
<b>POP 19</b>	LIMPEZA DE CÂNULA INTERNA (SUBCÂNULA) DE TRAQUEÓSTOMO METÁLICO
<b>POP 20</b>	CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
<b>POP 21</b>	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TRAQUEOSTOMIA
<b>POP 22</b>	BALANÇO HÍDRICO
<b>POP 23</b>	TROCA OU MONTAGEM DE CIRCUITO DO VENTILADOR MECÂNICO
<b>POP 24</b>	ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

### Procedimentos Operacionais Padrão: Bloco Cirúrgico

<b>POP 25</b>	RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO
<b>POP 26</b>	MONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO
<b>POP 27</b>	CIRCULAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO
<b>POP 28</b>	TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
<b>POP 29</b>	ADMISSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
<b>POP 30</b>	DESMONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO
<b>POP 31</b>	LIMPEZA TERMINAL DO CENTRO CIRÚRGICO
<b>POP 32</b>	LIMPEZA SEMANAL DO CENTRO CIRÚRGICO
<b>POP 33</b>	LIMPEZA CONCORRENTE DO CENTRO CIRÚRGICO
<b>POP 34</b>	MARCAÇÃO DE CIRURGIA
<b>POP 35</b>	PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO
<b>POP 36</b>	UTILIZAÇÃO DO BISTURI ELÉTRICO
<b>POP 37</b>	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

<b>POP 38</b>	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
<b>POP 39</b>	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
<b>POP 40</b>	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)
<b>POP 41</b>	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL AO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)
<b>POP 42</b>	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR
<b>POP 43</b>	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL
<b>POP 44</b>	ATRIBUIÇÕES DOS CIRCULANTES
<b>POP 45</b>	ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PERI OPERATÓRIA
<b>POP 46</b>	ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS, ROUPAS SUJAS E RESÍDUOS INFECTANTES (SÓLIDOS)
<b>Procedimentos Operacionais Padrão: CME</b>	
<b>POP 47</b>	CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS
<b>POP 48</b>	DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS COM ÁCIDO PERACÉTICO
<b>POP 49</b>	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRE, PAPAGAIO E FRASCO DE ASPIRAÇÃO
<b>POP 50</b>	DILUIÇÃO E TESTE DA CONCENTRAÇÃO DO ÁCIDO PERACÉTICO
<b>POP 51</b>	LEITURA DO TESTE BIOLÓGICO
<b>POP 52</b>	PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA E TUBULARES
<b>POP 53</b>	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO
<b>POP 54</b>	LIMPEZA MANUAL DOS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS
<b>POP 55</b>	MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVES A VAPOR
<b>POP 56</b>	PREPARO E EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO
<b>POP 57</b>	TESTE DE BOWIE E DICK
<b>POP 58</b>	PROCESSAMENTO DE ESPONJAS E ESCOVAS DA CME

## **POP 01 - AGENDAMENTO DE CONSULTAS E INTERCONSULTAS**

**1 - OBJETIVO:** Realizar o agendamento de consultas e interconsultas, através dos profissionais que atendem nos setores de Ambulatório, padronizando e otimizando o procedimento em questão.

**2 - SETOR:** Marcação de Consultas.

**3 - AGENTES:** Recepcionista, Enfermeiro.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **Recepcionista**

1. Receber o paciente com o encaminhamento médico do contendo a especialidade solicitada ou a justificativa clínica;
2. Verificar a disponibilidade de vagas da especialidade solicitada. As vagas são pré-estabelecidas de acordo com a capacidade de atendimento de cada profissional e sua especialidade;
3. Realizar o agendamento da consulta, fornecendo o comprovante de marcação da consulta;
4. Orientar o paciente em relação à data, horário e local da realização da consulta.

#### **Enfermeiro(a)**

Avaliar a prioridade de marcação das consultas, quando solicitado.

### **5 - PERIODICIDADE**

O horário do setor de Marcação de Consultas é de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00 horas.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Encaminhamento Médico, Comprovante de Marcação de Consulta.



## **POP 02 - CADASTRAMENTO DE PRONTUÁRIOS**

**1 - OBJETIVO:** Realizar o cadastramento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório.

**2 - SETOR:** Abertura de Prontuários.

**3 - AGENTES:** Recepcionista.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Recepcionista**

1. Verificar a data e o horário da consulta através da verificação do Comprovante de Marcação de Consulta;
2. Exigir os seguintes documentos para abertura de prontuários:  
Carteira de Identidade, CPF, cartão SUS;  
Registro de Nascimento, se criança e cartão SUS;  
Endereço completo, telefone de contato.
3. Verificar a existência de cadastros de prontuários;
4. Preencher todos os campos do cadastro geral com informações completas e sem abreviaturas;
5. Fornecer o prontuário inicial e o cartão do ambulatório com o número de cadastro do prontuário ao paciente.

### **5 - PERIODICIDADE**

Diariamente, das 7:00 às 17:00hs.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Cartão Ambulatorial, Prontuário Inicial, Documentação do paciente, Comprovante de Marcação de Consulta.

### **7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES**

1. O cadastramento dos prontuários somente deverá ser realizado mediante o comprovante da marcação da consulta ou por solicitação do profissional que irá atender o paciente no dia do atendimento;
2. Caso o paciente perca o comprovante de marcação de consultas, o mesmo deverá se dirigir ao setor de Marcação de Consultas para confirmar o seu agendamento e retirar outro comprovante de marcação.

## **POP 03 - ATENDIMENTO AO PACIENTE – 1ª CONSULTA**

**1 - OBJETIVO:** Realizar o atendimento para a 1ª consulta dos pacientes atendidos no ambulatório.

**2 - SETOR:** Recepções de Atendimentos nos Ambulatórios, Consultórios.

**3 - AGENTES:** Recepcionistas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e outros Profissionais da Saúde.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Paciente**

1. Deverá se dirigir à recepção inicial para realizar a abertura de um prontuário com o cadastro geral;
2. Deverá se dirigir à recepção de atendimento com o cartão do ambulatório comprovando a marcação da consulta e entregá-lo ao recepcionista;
3. Assinar no mapa de consultas;
4. Aguardar o seu atendimento próximo ao consultório.

#### **II. Recepcionista**

1. Conferir a marcação da consulta no cartão do paciente;
2. Registrar o atendimento no mapa de consultas do profissional de acordo com a especialidade;
3. Organizar os prontuários por ordem de chegada dos pacientes ou por ordem de prioridade, caso necessário;
4. Levar os prontuários até o consultório.

#### **III. Profissionais da Saúde (Médicos, Psicólogos, Fisioterapeutas, etc)**

1. Realizar a consulta e exames de acordo com sua especialidade.

#### **IV. Recepcionista, Técnico de Enfermagem**

1. Orientar o paciente após a consulta sobre a realização de exames e a marcação de interconsultas, caso necessário.

## **5 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

1. Organizar o consultório após o atendimento clínico ou da especialidade atendida.

### **V. Enfermeiro**

Supervisionar e orientar o cumprimento da rotina.

## **6 - PERIODICIDADE**

Diariamente e de acordo com a especialidade atendida.

## **7 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Mapa de Consulta, Prontuário de Atendimento, Cartão de Ambulatório, Receituário, Encaminhamento Médico, Solicitação de Exames, Atestados, Declarações de Comparecimento.

## **POP 04 - ORGANIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS DE ATENDIMENTO**

**1 - OBJETIVO:** Realizar a organização dos consultórios de atendimento aos pacientes.

**2 - SETOR:** Consultórios.

**3 - AGENTES:** Recepcionistas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Profissionais de Saúde.

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **I. Recepcionista, Técnico de Enfermagem**

1. Manter a limpeza e arrumação do mobiliário do consultório;
2. Forrar as macas com lençóis de pano e de papel;
3. Repor os materiais descartáveis e estéreis dos consultórios.

### **II. Recepcionista**

1. Prover as pastas dos profissionais com todos os impressos necessários ao atendimento;
2. Organizar os prontuários por ordem de chegada dos pacientes ou por ordem de prioridade, caso necessário.

### **III. Técnico de Enfermagem**

1. Proceder à higiene dos equipamentos, carrinhos de curativos, mesas de mayo, etc;
2. Repor soluções, identificar, trocar a cada 07 (sete) dias e datar os frascos, conforme preconiza a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

### **IV. Profissionais de Saúde**

1. Manter os impressos e prontuários organizados;
2. Manter a ordem e organização do consultório durante o atendimento.

### **V. Enfermeiro**

1. Supervisionar e orientar o cumprimento da rotina.

## **5 - PERIODICIDADE**

1. A reposição ou troca de soluções nos consultórios deve ser realizada a cada 7 (sete) dias, com as respectivas identificações e registros de datas para melhor controle;
2. A troca de lençóis de pano deve ser feita a cada turno de atendimento ou em qualquer tempo quando apresentar alguma sujeira;
3. A troca de lençóis de papel deve ser feita para cada paciente que utiliza a maca;
4. A reposição dos materiais descartáveis e estéreis deve ser realizada a cada início de turno de atendimento ou em qualquer tempo quando faltar;
5. As pastas com os impressos necessários ao atendimento do profissional devem ser revisadas antes do início do atendimento aos pacientes;
6. Os prontuários dos pacientes a serem atendidos devem ser organizados e disponibilizados para o profissional antes da realização dos atendimentos de consulta.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Pasta com impressos (Receituário, Encaminhamento Médico, Solicitação de Exames, Atestados, Declarações de Comparecimento), Prontuário de Atendimento, lençóis de pano e de papel, soluções, materiais descartáveis e estéreis.

## **POP 05 - ADMISSÃO NA ENFERMARIA**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar a admissão de pacientes nas enfermarias do Hospital.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem, Médico, Oficial Administrativo.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Médico Solicitante**

1. Solicitar a vaga e passar o caso ao médico plantonista;
2. Encaminhar o paciente à enfermaria com relatório de história clínica, indicação de internação e planos diagnóstico e terapêutico.

#### **II. Enfermeiro da Clínica de Origem**

3. Passar o caso ao enfermeiro da UTI e confirmar o horário para a transferência;
4. Providenciar o transporte adequado do paciente;
5. Acompanhar o transporte do paciente até a UTI, se necessário.

#### **III. Equipe de Enfermagem da Clínica de Origem**

6. Acomodar adequadamente o paciente na maca de transporte;
7. Auxiliar o médico e enfermeiro no transporte;
8. Ajudar a transferir o paciente para o leito da UTI;
9. Passar o caso para a equipe de enfermagem da UTI;
10. Entregar o prontuário completo, medicamentos e pertences do paciente.

#### **IV. Médico Plantonista da Enfermaria**

11. Confirmar, junto ao enfermeiro, a existência da vaga na enfermaria e cedê-la ao médico solicitante;
12. Comunicar a admissão ao enfermeiro, para que o leito seja aprontado;
13. Receber o paciente na enfermaria;
14. Admitir o paciente na enfermaria;
15. Solicitar os exames da admissão;
16. Fazer a prescrição da enfermaria;
17. Anotar a admissão, com horário, no Livro de Registro de Admissão.

## **V. Enfermeiro da Enfermaria**

18. Providenciar para que o leito seja arrumado para a admissão;
19. Comunicar a admissão ao técnico de enfermagem que será responsável pelo leito;
20. Receber o paciente na enfermaria;
21. Identificar os pertences dos pacientes, se houver;
22. Admitir o paciente na Evolução de Enfermagem, nas Ordens e Ocorrências da enfermaria, com horário, diagnóstico e clínica de origem;
23. Determinar a necessidade ou não, da presença de acompanhante para o paciente na enfermaria;
24. Orientar os acompanhantes sobre a rotina das visitas e informações a respeito dos pacientes na enfermaria;
25. Comunicar a admissão do paciente ao Serviço de Nutrição e Dietética;
26. Comunicar à portaria caso haja necessidade de acompanhante (para pacientes maiores de 60 anos);
27. Orientar os acompanhantes sobre a rotina das visitas e informações a respeito dos pacientes na enfermaria.

## **VI. Oficial Administrativo da Enfermaria**

28. Organizar o prontuário;
29. Arquivar o prontuário excedente na pasta do paciente;
30. Encaminhar os exames solicitados.

## **5 - PERIODICIDADE**

Diariamente.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Livro de Registro de Admissão, Prontuário, Solicitações de Exames, Folhas de Evolução de Enfermagem, Ordens e ocorrências da Enfermaria, Relatório de História Clínica, Indicação de internamentos e Planos Diagnósticos e terapêuticos.

## **POP 06 - ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

**1 - OBJETIVO:** Definir as atribuições e responsabilidades do Coordenador de Enfermagem da enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro Coordenador.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

1. Disciplinar o funcionamento da equipe de enfermagem da enfermaria;
2. Promover e executar todas as atividades relacionadas ao atendimento de pacientes graves, que necessitem de observação constante das funções vitais;
3. Manter sob sua subordinação a equipe de enfermagem da Unidade;
4. Organizar, dirigir, supervisionar, orientar e avaliar todas as atividades de enfermagem do setor, a fim de assegurar a assistência adequada aos pacientes;
5. Visitar diariamente os pacientes internados;
6. Substituir a Enfermeira Assistencial em seus impedimentos;
7. Ler diariamente os livros “Relatório de Enfermagem” e “Ordens e Ocorrências” do setor;
8. Orientar a organização do quadro de avisos;
9. Encaminhar diariamente ao Coordenador Médico da enfermaria as ocorrências de maior relevância, para as devidas providências;
10. Controlar o material em conserto, objetivando sua pronta devolução;
11. Prestar assistência de enfermagem a pacientes agudos graves, sempre que for necessário;
12. Zelar pela segurança dos pacientes e funcionários da Unidade, no tocante à prevenção de agravos à saúde física e psicológica, provocados por agentes químicos, físicos, mecânicos e biológicos;
13. Apurar, juntamente com o Coordenador Médico, responsabilidades de danos causados aos pacientes sob assistência na Unidade;
14. Elaborar a Escala Mensal de Serviço, a Escala de Atribuições e a Escala de Férias da equipe de enfermagem da Unidade;
15. Prever e distribuir os recursos humanos e materiais, visando à excelência do

padrão de assistência de enfermagem aos pacientes;

16. Selecionar o pessoal de enfermagem para atuar na Unidade;

17. Solicitar e coordenar cursos de reciclagem e atualização para a equipe de enfermagem;

18. Avaliar periodicamente a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes;

19. Coordenar as atividades de enfermagem nos seus aspectos éticos, técnicos, no ensino e na pesquisa;

20. Supervisionar a atuação dos acadêmicos e estagiários de enfermagem na UTI;

21. Acompanhar a atuação dos Enfermeiros Assistenciais na Unidade, para que desenvolvam ações de preceptoria de estagiários de enfermagem, de acordo com os protocolos da enfermaria;

22. Coordenar, supervisionar e avaliar a implantação de novos métodos de trabalho;

23. Emitir parecer técnico, juntamente com o Coordenador Médico, para subsidiar a Direção Geral do Hospital, quanto à aquisição de materiais e equipamentos para a enfermaria;

24. Controlar a disciplina e conduta da equipe de enfermagem;

25. Representar a equipe de enfermagem junto à direção do Hospital;

26. Participar de reuniões regulares e extraordinárias com Diretor de Enfermagem do Hospital;

27. Participar das comissões que visam às modificações das técnicas e rotinas do serviço;

28. Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe de enfermagem da enfermaria;

30. Orientar a equipe quanto à finalidade e ao uso adequado do material e equipamentos da na enfermaria;

31. Fazer o controle do estoque de entorpecentes na enfermaria e informar ao farmacêutico o consumo da Unidade;

32. Divulgar, cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas da enfermaria.



## **POP 07 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL**

**1 - OBJETIVO:** Definir as atribuições e responsabilidades do Enfermeiro Assistencial da enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro Assistencial.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Enfermeiro Assistencial da Enfermaria**

1. Manter a organização estrutural e funcional da enfermaria, cumprindo e fazendo cumprir as normas e rotinas;
2. Receber e passar o plantão no horário estabelecido, à beira do leito de cada paciente;
3. Assistir à passagem do plantão e fazer cumprir a escala de atribuições da equipe de enfermagem;
4. Zelar pela manutenção do ambiente de trabalho, supervisionando a interação de equipe multidisciplinar da Unidade e os profissionais visitantes ou estagiários;
5. Visitar cada paciente inteirar-se de suas necessidades, detectarem problemas e procurar resolvê-los;
6. Ler o “Relatório de Enfermagem”, o “Ordens e Ocorrências” e o “Quadro de Avisos”;
7. Manter completo, em ordem e perfeitas condições de uso o carro de emergências, revisando-o no início de cada plantão;
8. Manter os leitos vazios sempre prontos para admissão;
9. Fazer transcrições das ordens médicas e elaborar o plano de assistência da enfermagem, atualizando-o sempre que se fizer necessário;
10. Participar ativamente da admissão de pacientes e elaborar o plano de assistência da enfermagem;
11. Prestar cuidados de enfermagem a pacientes graves, identificando problemas e resolvendo-os de imediato;
12. Zelar pela prevenção de úlceras de pressão, conscientizando a equipe da importância da mudança de decúbito de duas em duas horas, das massagens nas panturrilhas e da higienização e hidratação da pele dos pacientes;
13. Conscientizar a equipe da importância do decúbito a 30 a 45° e do posicionamento adequado da sonda naso ou orogástrica na prevenção do refluxo gastroesofágico;

14. Realizar técnicas de enfermagem e procedimentos invasivos específicos do enfermeiro, sempre que prescrito pelo médico;
15. Informar imediatamente ao Coordenador de Enfermagem as intercorrências registradas no seu turno;
16. Checar o provimento de roupas e solicitar à lavanderia a quantidade necessária;
17. Orientar o uso adequado dos equipamentos e materiais de consumo da Unidade;
18. Fazer com que os pedidos de medicamento, materiais e exames sejam encaminhados com rapidez;
19. Orientar, supervisionar e avaliar o pessoal de enfermagem na execução dos cuidados de assistência aos pacientes. Delegar atribuições segundo o grau de competência;
20. Verificar diariamente as anotações de enfermagem, mantendo-as precisas e atualizadas;
21. Zelar pela segurança dos pacientes e funcionários da Unidade, no tocante à prevenção de agravos à saúde física e psicológica, provocados por agentes químicos, físicos, mecânicos e biológicos;
22. Exigir o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs);
23. Apurar responsabilidades de danos causados aos pacientes em seu turno de trabalho;
24. Avaliar o paciente e comunicar ao médico qualquer intercorrência que necessite de intervenção médica;
25. Avisar ao Serviço Social os óbitos, transferências e exames externos;
26. Ao transferir um paciente para a Enfermaria, entrar em contato com o enfermeiro da unidade que receberá o paciente, no sentido de garantir a continuidade do tratamento e a prestação da assistência global ao paciente;
27. Participar das reuniões científicas e dos programas de educação continuada em serviço;
28. Participar das reuniões, quando convocado;
29. Substituir o Coordenador de Enfermagem nos seus impedimentos;
30. Alterar a escala de atribuições da equipe de enfermagem, conforme necessidades do serviço;
31. Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem do seu turno, enviando mensalmente relatório ao Coordenador de Enfermagem;
32. Fazer o controle dos psicotrópicos, conferindo o estoque.

## **POP 08 - ATRIBUIÇÕES DO OFICIAL ADMINISTRATIVO**

**1 - OBJETIVO:** Definir as competências do Oficial Administrativo (Secretário de Clínica) da Enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Oficial Administrativo.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Competências do Oficial Administrativo da Enfermaria**

1. Permanecer na Unidade em regime de plantão nos turnos diurnos;
2. Somente ausentar-se na Unidade após a chegada do seu substituto;
3. Organizar e manter organizado o arquivo da Unidade;
4. Receber, sob protocolo, as correspondências e encaminhá-las aos seus destinatários;
5. Encaminhar, sob protocolo, as correspondências, os prontuários, as solicitações de exames, de medicamentos, de materiais e de serviços para os setores competentes;
6. Manter organizada a pasta de correspondências recebidas e a de correspondências expedidas;
7. Conferir e guardar os materiais e os medicamentos chegados do almoxarifado e da farmácia;
8. Arquivar as segundas vias das solicitações de medicamentos e materiais;
9. Manter o Quadro de Avisos organizado, arquivando os avisos após 15 dias de permanência no quadro;
10. Digitar os documentos da Unidade que lhe forem solicitados;
11. Fazer a Estatística Mensal da Unidade e afixá-la no quadro de avisos;
12. Protocolar e entregar os pertences dos pacientes aos seus familiares, solicitando um documento de identificação no ato da entrega e anotando-o no protocolo;
13. Participar das reuniões da Unidade, quando solicitado;
14. Comunicar ao enfermeiro ao ausentar-se a serviço da Unidade;
15. Zelar e colaborar com a manutenção da ordem e limpeza da Unidade;
16. Evitar manuseio de materiais contaminados; caso venha a fazê-lo, atentar para as normas técnicas de biossegurança;

17. Suprir as pranchetas diariamente com os impressos médicos e de enfermagem;
18. Repor os estoques dos impressos utilizados na Unidade;
19. Fazer, quando solicitado, o inventário do material permanente da enfermaria, para manter atualizado o patrimônio;
20. Solicitar à lavanderia paramentos, lençóis e travessas, de forma a manter a Unidade constantemente suprida;
21. Recepcionar, orientar e conduzir as visitas nos horários pré-estabelecidos, controlando o número e o tempo de permanência dos visitantes por paciente;
22. No final dos turnos matinais, organizar as pastas dos pacientes, retirando das pranchetas os impressos do dia anterior.

## **POP 09 - ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

**1 - OBJETIVO:** Definir as atribuições e responsabilidades do Técnico de Enfermagem da Clínica médica.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Técnico de Enfermagem da Enfermaria.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Competências do Técnico de Enfermagem da Enfermaria**

1. Receber e passar o plantão no horário estabelecido, à beira do leito de cada paciente;
2. Cumprir a Escala de Serviço e Atribuições da Unidade;
3. Ler o “Relatório de Enfermagem”, o “Ordens e Ocorrências” e o “Quadro de Avisos”;
4. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente, individualizando a assistência, conforme orientação do enfermeiro;
5. Administrar medicamentos e tratamentos prescritos, observando os efeitos e/ou as reações dos pacientes;
6. Anotar no prontuário do paciente os cuidados realizados, as medicações administradas, os sinais vitais e os sintomas, de maneira clara e objetiva, logo após a sua execução;

7. Auxiliar os demais membros da equipe de enfermagem sempre que for solicitado;
8. Comunicar ao enfermeiro as alterações observadas no paciente;
9. Transcrever as ordens médicas, na ausência do enfermeiro;
10. Assumir a liderança da equipe de enfermagem e tarefas afins, na ausência do enfermeiro;
11. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza da Unidade;
12. Realizar procedimentos técnicos invasivos de enfermagem, sob supervisão direta do enfermeiro;
13. Zelar pelos equipamentos e pelos materiais da Unidade;
14. Cumprir normas e rotinas da Unidade, interagindo com ética e zelo para a manutenção do espírito de trabalho multidisciplinar em equipe.

## **POP 10 - ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS**

**1 - OBJETIVO:** Definir as atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe médica da enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermarias.

**3 - AGENTES:** Médicos da Enfermaria.

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **I. Médico Plantonista**

1. Chegar pontualmente ao plantão;
2. Passar e receber o plantão à beira do leito, onde todas as intercorrências, condutas adotadas e providências pendentes deverão ser informadas;
3. Coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, com autonomia para tomar decisões baseadas no Regimento Interno do Hospital; em casos de dúvidas, o Coordenador da Unidade ou o Diretor do Hospital deverá (ão) ser consultado(s);
4. Acompanhar as visitas multidisciplinares que ocorrerem durante seu plantão, participando das discussões e decisões tomadas;
5. Prestar assistência médica a todos os pacientes da unidade;

6. Anotar a evolução clínica inicial e as intercorrências de todos os pacientes internados na unidade na “Evolução Multidisciplinar”;
7. Anotar na folha de Evolução e na de Prescrição todas as intervenções terapêuticas feitas nos pacientes; registrar o horário em todas as anotações;
8. O médico plantonista do turno noturno deverá fazer a Prescrição do dia seguinte e solicitar os exames médicos de rotina que julgar pertinentes, para o dia seguinte;
9. Avaliar, dentre as solicitações, as que preenchem os critérios de admissão e decidir qual paciente será admitido;
10. Comunicar ao enfermeiro qual paciente será admitido, para que ele providencie o preparo do leito e a admissão do paciente;
11. Ao admitir paciente, fazer a admissão e a prescrição, solicitar os exames pertinentes, entregar a prescrição e as solicitações dos exames ao enfermeiro para as devidas providências;
12. Anotar na folha de “Resumo dos Exames” os resultados dos exames recebidos no seu plantão;
13. Em caso de óbito será constatado pelo médico, que deverá anotar, tanto na Evolução quanto na Prescrição, os eventos clínicos da parada cardiorrespiratórias, as manobras e drogas usadas para a reanimação e a hora em que o óbito foi constatado;
14. Comunicar o óbito imediatamente ao assistente e aos familiares do paciente;
15. O médico deverá preencher o Atestado de Óbito, tendo o cuidado de preencher todos os campos do documento, não devendo delegar a tarefa do preenchimento para outro profissional, porque a responsabilidade legal do atestado é do médico;
16. Fazer um Resumo ao final do plantão na Evolução Médica de cada paciente, informando as intercorrências, o status hemodinâmico e o balanço hídrico do turno de trabalho;
17. Fornecer informações sobre o quadro clínico dos pacientes aos seus familiares, no momento da visita;
18. Preencher o Livro de Ocorrências do plantão;
19. Participar das Reuniões Científicas da unidade.

## **POP 11 - EVOLUÇÃO MÉDICA DOS PACIENTES DA ENFERMARIA**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar o modelo de evolução médica dos pacientes da Enfermaria

**2 - SETOR:** Enfermaria

**1 - AGENTES:** Médicos da Enfermaria

### **5 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Médico**

1. Identificar o paciente, no cabeçalho do impresso “Evolução Médica”, com nome completo, idade e leito;
2. Colocar há quantos dias o paciente está internado no hospital (x° dia de IH);
3. Elencar as doenças em ordem decrescente de surgimento; por exemplo:
  - 3.1. Insuficiência Renal Aguda;
  - 3.2. Choque séptico (resolvido ou não);
  - 3.3. Empiema pleural (drenado em //);
  - 3.4. Pneumonia (hospitalar ou comunitária);
  - 3.5. Comorbidades: DPOC, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 1 ou 2, insuficiência renal crônica, neoplasia ou outras);
4. Informar terapia renal substitutiva (se hemodiálise ou diálise peritoneal);
5. Uso de drogas vasoativas (informar droga e dose -  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ );
6. Uso de sedação, analgesia ou bloqueio neuromuscular em infusão contínua (informar droga e dose -  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ );
7. Uso de tubo oro ou nasotraqueal ou de traqueostomia (informar número de dias em uso);
8. Se estiver em ventilação mecânica, anotar a modalidade e os parâmetros;
9. Informar a monitorização invasiva em uso;
10. Anotar número de dias de instalação ou troca dos cateteres em uso (SNG, SNE, S. Vesical, acesso venoso central, acesso arterial, drenos);
11. Informar a terapia nutricional adotada;
12. Anotar as variações (delta) das seguintes variáveis:
  - 12.1 Pressão arterial sistólica;
  - 12.2 Pressão arterial diastólica;
  - 12.3 Pressão venosa central (PVC);

- 12.4 Frequência cardíaca;
- 12.5 Frequência respiratória;
- 12.6 Saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>);
- 12.7 Glicemia capilar.
- 13. Anotar a diurese, o balanço hídrico, o resíduo gástrico e as dejeções das últimas 24 horas (plantão matutino) ou das últimas seis horas (plantão vespertino) ou das doze horas (plantão noturno);
- 14. Examinar completamente o paciente:
  - 14.1 Exame físico geral: palidez, cianose, icterícia, edema, equimoses, petéquias, hematomas, dispneia e outros;
  - 14.2 Status psicológico: humor, ideação, orientação têmporo-espacial;
  - 14.3 Exame neurológico: Escala de sedação de Ramsey, Escala de coma de Glasgow, exame das pupilas, motricidade, simetria dos movimentos, sensibilidade cutânea;
  - 14.4 Exame pulmonar: expansibilidade e simetria do tórax, simetria da ausculta pulmonar, descrição dos ruídos adventícios;
  - 14.5 Exame cardiocirculatório: estase jugular; refluxo hepatojugular; terceira bulha; arritmias; sopros cardíacos, carotídeos, aórticos e renais; amplitude e simetria dos pulsos carotídeos, radiais, femorais, poplíteos e pediosos; enchimento capilar;
  - 14.6 Exame do abdome: ascite, circulação colateral, distensão, timpanismo, ruídos hidroaéreos, hepatomegalia, esplenomegalia, dextigoma;
  - 14.7 Exame da genitália: corrimento vaginal ou uretral, edema, lacerações do meato uretral, lesões da pele;
  - 14.8 Pele: dermatomicoses, dermatites de contato, hiperemias por pressão, úlceras de pressão, hidratação;
  - 14.9 Membros inferiores: edema, isquemias, dor ou edema das panturrilhas, micose interdigital.
- 15. Anotar a sua impressão geral;
- 16. Anotar os exames solicitados;
- 17. Anotar as condutas adotadas.

## **6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

- 1. Este roteiro é para a evolução diária;
- 2. Toda intercorrência ou intervenção feita durante o plantão deve ser devidamente registrada, com o horário;
- 3. Ao final de cada plantão deve ser feito um Resumo do Plantão.



## **POP 12 - PRESCRIÇÃO MÉDICA DA ENFERMARIA**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar a Prescrição Médica dos pacientes na enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Médico.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **1. Identificação do paciente**

- 1.1. Setor: Enfermaria;
- 1.2. Leito: X;
- 1.3. Número do Registro Hospitalar;
- 1.4. Nome completo do paciente;
- 1.5. Idade (em anos).

#### **2. Prescrição Médica**

2.1. Dieta:

- 2.1.1. Nutrição Parenteral, conforme prescrição do Nutrólogo;
- 2.1.2. Nutrição Enteral por sonda nasoenteral, orogátrica ou por gastrostomia, conforme prescrição do Nutrólogo, da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional ou do Médico diarista ou assistente;
- 2.1.3. Suplementos nutricionais (prescrever tipo, dose e frequência a ser administrada);
- 2.1.4. Dieta oral (informar consistência e condições mórbidas do paciente: diabético, hipertenso, cardiopata, nefropata, hepatopata, pneumopata ou outras);
- 2.1.5. Água, água-de-coco, chás, sucos (informar volume e frequência);

2.2. Medir resíduo gástrico de 4/4 horas, para os pacientes sob nutrição enteral;

2.3. Pausa alimentar entre as 06 e as 10 horas, para os pacientes sob nutrição enteral;

2.4. Cabeceira do leito elevada a 30 a 45°;

2.5. Soros:

2.5.1. Informar tipo e volume para 24 horas;

2.5.2. Se prescrever mais de um tipo de soro, informar se quer que eles sejam administrados em “Y” ou intercalados;

- 2.6. Medicacões a serem adicionadas aos soros, como Vitamina C, Vitaminas do Complexo B, Cloreto de Sódio ou de Potássio, Sulfato de Magnésio, Gluconato de Cálcio ou outros. Informar a dose e em qual(is) soro(s) deve(m) ser adicionado(s);
- 2.7. Drogas vasoativas (Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina, Nitroprussiato de Sódio, Nitroglicerina e outras);
- 2.8. Sedação, analgesia ou bloqueador neuromuscular, em infusão contínua;
- 2.9. Medicacões diluídas em soros, que não os do item 2.2, como Amiodarona, Aminofilina, Vitamina K e outras;
- 2.10. Antibióticos:
- 2.10.1. Informar a dose a ser administrada, a diluição (tipo e volume do diluente a ser utilizado: soro fisiológico, soro glicosado, solução de Ringer com ou sem lactato, água destilada ou outro) e o tempo de infusão;
- 2.10.2. Informar há quantos dias o antibiótico está sendo usado e por quanto tempo será usado (Dx/Y);
- 2.11. Medicamentos administrados por via intravenosa;
- 2.12. Medicamentos administrados por via intramuscular;
- 2.13. Medicamentos administrados por via subcutânea;
- 2.14. Medicamentos administrados por via gastroentérica;
- 2.15. Medicamentos administrados por via inalatória;
- 2.16. Medicamentos administrados por via cutânea (tópica);
- 2.17. Oxigenioterapia; se prescrever por cateter nasal, informar quantos litros por minuto; se por máscara de Venturi, informar a fração inspirada de O<sub>2</sub>;
- 2.18. Fisioterapia motora e respiratória;
- 2.19. Ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva;
- 2.20. Glicemia capilar de x em x horas;
- 2.21. Insulina Regular, subcutânea, conforme glicemia:
- 201 a 250mg% - 04 UI;
  - 251 a 300mg% - 06 UI;
  - 301 a 350mg% - 08 UI;
  - 400mg% - 10 UI;
- 2.22. Glicose a 25% - 30ml se glicemia capilar < 70mg%;
- 2.23. Medicamentos a serem usados se necessário: antitérmicos, analgésicos, psicotrópicos, antieméticos, anti-hipertensivos e outros;
- 2.24. Curativo do acesso venoso central em dias alternados e SOS;

- 2.25. Curativo das úlceras de pressão, da ferida operatória e dos drenos, se houver. Informar com quê e a frequência diária;
- 2.26. Prevenção de úlceras de pressão:
  - 2.26.1. Hidratação da pele duas vezes ao dia com Ácidos Graxos Essenciais (AGE);
  - 2.26.2. Mudança de decúbito de duas em duas horas;
  - 2.26.3. Colchão inflável;
  - 2.26.4. Posicionamento no leito em postura anatômica (usar coxins entre as pernas e sob os joelhos e os calcanhares);
- 2.27. Higiene oral com colutório três vezes ao dia ou após cada refeição;
- 2.28. Fraldas descartáveis;
- 2.29. Monitorização contínua:
  - 2.29.1. Pressão Venosa Central (PVC). Informar a frequência diária;
  - 2.29.2. Eletrocardiograma;
  - 2.29.3. Oximetria de pulso (Saturação periférica de oxigênio – SpO<sub>2</sub>);
  - 2.29.4. Pressão arterial invasiva ou não-invasiva;
- 2.30. Sinais vitais e balanço hídrico de duas em duas horas.

## **5 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

- 1. Fazer profilaxia de lesão aguda da mucosa gástrica com antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> da Histamina (Ranitidina – 50mg por via intravenosa de 12/12 ou de 8/8 horas ou 150mg por via oral de 12/12 horas ou 300mg por via oral de 24/24 horas) ou com inibidores de bomba de prótons (Omeprazol, Pantopazol ou Esomeprazol - 20 ou 40mg IV ou VO, às 06 horas);
- 2. Fazer profilaxia de tromboembolismo venoso, conforme Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina:
  - 2.1 Meias elásticas de média compressão até a coxa ou compressão pneumática intermitente;
  - 2.2 Movimentação ativa ou passiva dos membros inferiores;
  - 2.3 Heparina não-fracionada: 5.000 UI por via subcutânea de 8/8 horas; ou
  - 2.4 Heparina de baixo peso molecular: Enoxaparina 40 mg, ou Dalteparina 5.000 UI ou Nadroparina 3.800 UI (<70 kg) ou 5.700 UI (>70 kg); ou
    - 2.4.1 Anticoagulante oral (Warfarina 5mg) - manter INR entre 2 e 3;
- 3. Fazer interrupção diária da sedação contínua, para avaliar o status neurológico do paciente e programar o desmame da sedação e da ventilação mecânica.

## **POP 13 - SOLICITAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar a Prescrição Médica dos pacientes na enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Médico, Enfermeiro.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Encaminhamento dos Exames**

1. As solicitações dos exames, devidamente preenchidas com nome do paciente, idade, número do registro hospitalar e justificativa do pedido, deverão ser entregues ao Enfermeiro para serem encaminhados aos setores competentes;
2. Os resultados dos exames recebidos deverão ser anotados na Folha de Resultados dos Exames pelo médico que os receber;
3. Os resultados de Gasometria, Exames de Imagens, Culturas e ECGs também deverão ser devidamente anotados; se ainda não tiver o laudo oficial, o médico que os receber deverá anotar a sua impressão;
4. O Enfermeiro encaminhará as solicitações dos exames aos setores competentes;
5. O Enfermeiro agendará nos setores competentes os exames que necessitam de marcação prévia.

#### **II. Exames de Rotina**

1. O médico deverá solicitar os exames laboratoriais, de raios X e outros que julgar pertinentes, a serem realizados;
2. O médico, quando da sua visita na enfermaria, poderá solicitar exames laboratoriais, culturas, exames de imagens, exames contrastados e outros que o caso couber.

#### **III. Exames à Admissão ao Paciente**

1. O médico que admitir o paciente deverá solicitar os seguintes exames de rotina (exceto se os fez há menos de 24 horas):
  - 1.1 Radiografia do tórax em PA e perfil;
  - 1.2 ECG;
  - 1.3 Gasometria artéria, quando houver indicação;

- 1.4 Hemograma Completo;
- 1.5 Tempo de Protrombina (TP) com INR;
- 1.6 Tempo de Tromboplastina Parcial (TTPA), Tempo de Coagulação, Tempo de Sangramento;
- 1.7 Ureia e Creatinina;
- 1.8 Bilirrubinas totais e frações, Proteínas totais e frações, ALT/TGP (Alanina Aminotransferase/Transaminase Glutâmico-pirúvica), AST/TGO (Aspartato Aminotransferase/Transaminase Glutâmico-oxalacética) Oxalacética) e Gama-GT (Gama Glutamil Tanspeptidase);
- 1.9 Eletrólitos: Sódio (Na<sup>+</sup>), Potássio (K<sup>+</sup>);
- 1.10 Enzimas cardíacas (CPK total, CPKMB, Troponina), se indicadas;
- 1.11 Sumário de Urina e Urocultura, se indicadas;
- 1.12 Hemoculturas (duas amostras, em sítios diferentes, no mesmo momento), se indicadas;
- 1.13 Cultura de secreções (escarro, feridas ou outras), se houver;
- 1.14 Demais exames laboratoriais e de imagem a luz do caso clínico.

## **POP 14 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar as solicitações de materiais e medicamentos não padronizados para a enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Médico, Enfermeiro.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- 1. O médico deverá prescrevê-lo na Prescrição Médica;
- 2. O médico deverá fazer relatório em receituário comum, informando posologia diária e dose total a ser usada;
- 3. O Enfermeiro encaminhará o relatório à Direção de Saúde do Hospital para apreciação e liberação da aquisição do produto;
- 4. Antes de solicitar um produto não padronizado, certificar-se se não existe no Hospital um similar padronizado.

## **POP 15 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ESPECIAIS**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar as solicitações de materiais e medicamentos padronizados especiais para a enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Médico, Enfermeiro, Oficial Administrativo.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Antibióticos que dependem da liberação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

1. O médico plantonista deverá prescrevê-lo, informando de forma clara a dosagem, a frequência diária e o tempo de uso do antibiótico;

2. O médico deverá preencher a Solicitação de Antibióticos, para ser liberado pela CCIH;

3. O Enfermeiro Assistencial ou o Enfermeiro Coordenador deverá fazer a solicitação do antibiótico para a Farmácia;

4. O Oficial Administrativo deverá levar a Solicitação à Farmácia, que a repassará à CCIH e dispensará a medicação;

5. O Oficial Administrativo ou o funcionário da Farmácia entregará o antibiótico ao Enfermeiro da enfermaria.

II. Albumina Humana:

1. O médico plantonista deverá prescrevê-la, informando de forma clara a dosagem, a frequência diária e o tempo de uso do antibiótico;

2. O médico deverá preencher o Laudo de Alta Complexidade do SUS, justificar o motivo da indicação, informar o número de frascos-ampola requeridos e anexar o resultado da Albumina Plasmática recente (exame feito no máximo nos últimos três dias);

3. O Enfermeiro Assistencial ou o Enfermeiro Coordenador deverá encaminhar o Laudo à Direção de Saúde do hospital, para autorização;

4. Depois de autorizado, fazer o pedido à Farmácia, anexando a solicitação.

### III. Sonda Naso-Enteral

1. O médico plantonista deverá prescrevê-la e preencher o Laudo de Alta Complexidade do SUS;
2. O Enfermeiro solicitará a sonda à Farmácia;
3. O Enfermeiro passará a sonda; se não conseguir, solicitará a sua passagem por via endoscópica, a ser feita por médico devidamente habilitado para tal procedimento.

### IV. Colchões Especiais

1. O médico deverá prescrevê-lo na Prescrição Médica e em receituário comum;
2. O Enfermeiro encaminhará a receita ao Almoxarifado para liberação do produto.

### V. Outros Medicamentos e Materiais não Padronizados

1. O médico deverá prescrevê-lo na Prescrição Médica;
2. O médico deverá fazer relatório em receituário comum, informando posologia diária e dose total a ser usada;
3. O Enfermeiro encaminhará o relatório à Direção de Saúde do hospital para apreciação e liberação da aquisição do produto.

## **POP 16 - TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTES DA ENFERMARIA**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar a transferências de pacientes da Enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Médico, Enfermeiro.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Ao Médico solicitante compete:

1. Contactar a Unidade para onde pretende transferir o paciente, passar o caso e confirmar a vaga;
2. Fazer o relatório de transferência da enfermaria, relatando minuciosamente o quadro clínico do paciente, terapêutica instituída, resultados dos exames laboratoriais e o motivo da transferência;

3. O relatório deverá ser feito em duas vias: a primeira acompanhará o paciente e a segunda será arquivada no prontuário.

II. Ao Médico Plantonista compete:

1. Certificar-se da vaga na Unidade de destino e de que a equipe que receberá o paciente conhece as suas condições clínicas e necessidades;
2. Avaliar as condições do paciente e definir o tipo de transporte para a remoção;
3. Analisar as condições clínicas e de segurança para a transferência, podendo vetá-la se julgar que a remoção poderá trazer prejuízos ao paciente;
4. Se a remoção for vetada, o médico solicitante e a equipe do Hospital que receberia o paciente deverão ser informados imediatamente;
5. Anotar na Evolução Médica, na Prescrição e no livro de ocorrências o horário de saída e o destino do paciente.

III. Ao Enfermeiro compete:

1. Informar as condições clínicas e as necessidades do paciente ao enfermeiro da unidade que o receberá. Anotar o nome e COREN do enfermeiro contatado;
2. Providenciar o transporte para a remoção;
3. Designar o membro da equipe de enfermagem que acompanhará o paciente se a remoção for feita em ambulância sem médico e sem enfermeiro;
4. Solicitar à família que venha hospital, para acompanhar o paciente na remoção;
5. Providenciar cópia da prescrição médica, com as medicações administradas devidamente checadas, e do mapa de sinais vitais e balanço, para anexá-lo ao relatório médico de transferência;
6. Fazer relatório de enfermagem, em duas vias, com subsídios para a continuidade da assistência de enfermagem. Encaminhar a primeira via com o paciente e anexar a segunda ao prontuário;
7. Anotar no prontuário, no livro de ocorrências e no livro de estatística o horário de saída e o destino do paciente.



## **POP 17 - ALTA DA ENFERMARIA**

**1 - OBJETIVO:** Normatizar a alta dos pacientes da enfermaria.

**2 - SETOR:** Enfermaria.

**3 - AGENTES:** Médico, Enfermeiro, Oficial Administrativo.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Ao médico diarista, assistente ou plantonista compete:

1. Prescrever a alta da enfermaria na Evolução Médica e na Prescrição, colocando o horário;
2. Fazer a Admissão Médica e a Prescrição para a Enfermaria;
3. Orientar familiares e acompanhantes sobre o estado clínico do paciente.

II. Ao Enfermeiro compete:

1. Verificar a existência de vaga na unidade de destino do paciente;
2. Passar o caso ao enfermeiro da unidade de destino;
3. Organizar o prontuário médico e checar as anotações de enfermagem;
4. Entregar o prontuário completo, com as medicações administradas devidamente checadas;
5. Entregar à equipe da unidade de destino os medicamentos do paciente solicitados para o dia;
6. Entregar à equipe da unidade de destino os pertences do paciente, sob protocolo.

III. Ao Oficial Administrativo compete:

1. Organizar o prontuário;
2. Entregar o excesso do prontuário no SAME;
3. Fazer a transferência do paciente no sistema.

## **POP 18 - SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**1 - OBJETIVO:** A segurança do paciente e a educação continuada são pilares importantes para o desenvolvimento de ações que contribuam com a melhoria dos serviços prestados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Em busca de assistência segura, de qualidade e resolutiva é necessário que os profissionais de saúde atuantes nas UTIs recebam orientações específicas para implantação de processos que fortaleça o círculo de segurança.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Todos os profissionais.

### **4 - ETAPAS DOS PROCEDIMENTOS**

#### **1. Estabelecer uma cultura de segurança**

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é o elemento mais importante para estabelecer e manter uma UTI segura. Uma cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de crenças, valores, atitudes, normas e concepções compartilhadas por todos os profissionais da UTI. É “a personalidade da UTI” ou “o jeito como as coisas são feitas”. A cultura determina a forma como as pessoas trabalham juntas, como se comunicam, como se adaptam aos desafios e como reagem aos erros.

A implantação de uma UTI segura é um esforço de toda a equipe e é o resultado de uma cooperação em todos os níveis.

São características da cultura de uma UTI segura:

- a) Liderança firme e respeitosa, geralmente exercida por um intensivista experiente e comprometido com a qualidade contínua no cuidado.
- b) Comunicação aberta, responsável e produtiva entre todos os membros da equipe médica, de enfermagem, de fisioterapeutas, de psicólogos, de nutricionistas, de fonoaudiólogos etc.
- c) Espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos, de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável.
- d) Reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados.
- e) Estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde.
- f) Relato sistemático e reação rápida para correção dos eventos adversos, com foco na correção dos processos, por meio da adoção de um modelo baseado no princípio não punitivo, defendendo que, na maioria das vezes, os erros são consequência de uma sequência de eventos e não de um único ato isolado.

## **2. Manter uma equipe quantitativa e qualitativamente capacitada para atender às demandas de sua UTI**

As equipes de médicos e outros profissionais de uma UTI segura precisam estar adaptados à sua demanda.

É fundamental o conhecimento da realidade da UTI para a adequação da estrutura a ser oferecida. Os pacientes gravemente enfermos necessitam de profissionais qualificados e em número suficiente para o atendimento de rotina e para as emergências que surgem naturalmente dentro de uma UTI. Conhecer exatamente a demanda dos pacientes que uma UTI atende é fundamental para definir a quantidade e a qualificação dos profissionais que formam a equipe de atendimento.

Está claro em vários trabalhos publicados nos últimos 15 anos que um médico intensivista coordenando o trabalho da equipe da UTI é fundamental para melhorar o prognóstico dos pacientes, diminuir complicações e gastos desnecessários e implementar protocolos assistenciais. Enfermeiros em número e qualificação adequados e farmacêuticos e fisioterapeutas especializados e trabalhando de forma protocolar também melhoram a qualidade do atendimento. Médicos e enfermeiros sobrecarregados cometem mais erros por estresse e desatenção. Nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais também são essenciais em UTIs mais complexas.

Portanto:

a) Monte uma equipe de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas especializados coordenados por um médico intensivista experiente.

Dependendo da complexidade, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais específicos para a UTI serão imprescindíveis.

b) Estabeleça o número de profissionais necessários para que o trabalho não seja estressante, nem sobrecarregado ou desequilibrado. Isso previne eventos adversos e *burnout* da equipe.

c) Treine sistematicamente sua equipe e mantenha-a atualizada e capacitada para enfrentar os desafios da UTI.

### **3. Identificar e aferir seus principais problemas de segurança e estabelecer um plano para corrigi-los**

A implantação de um programa de segurança é um processo que precisa ser desenvolvido ao longo do tempo. No entanto, é importante começar logo por algum lugar, seja implantando um sistema de prescrição eletrônica, um *bundle* para profilaxia de pneumonia associada à ventilação mecânica ou uma visita multidisciplinar diária. À medida que alguns problemas iniciais são documentados e abordados sistematicamente, soluções vão sendo incorporadas, enquanto uma cultura de segurança vai sendo desenvolvida dentro da UTI.

- a) Liste os projetos necessários e priorize alguns para começar.
- b) Desenvolva um plano de ação para cada um dos projetos. Estabeleça uma métrica; obtenha os dados iniciais; defina a estrutura e os recursos necessários; escreva os processos e treine a equipe; e estabeleça os indicadores que serão utilizados para aferir os resultados.
- c) Faça uma avaliação antecipada do ambiente, aproveitando as oportunidades, corrigindo ou contornando as barreiras em potencial e buscando os recursos necessários.
- d) Documente a situação atual, implemente o plano estabelecido, documente a evolução ao longo do tempo e faça as correções necessárias.
- e) Divulgue os resultados. Discuta abertamente o insucesso. Premie a melhoria.

### **4. Avaliar seu desempenho rodando ciclos de PDCA: Planejamento com metas, implantação e Desenvolvimento, Controle por meio de indicadores com avaliação contínua, Ações corretivas e preventivas e reavaliações.**

O ciclo PDCA é uma ferramenta fácil, porém poderosa e eficiente para a melhoria contínua de qualidade de uma UTI. Dentro de um sistema de gestão, é aplicado para atingir os resultados esperados. Roda-se um ciclo PDCA de quatro fases para cada problema identificado:

- a) **Planejamento:** identifique um problema e monte um plano para resolvê-lo. Estabeleça a estrutura e os recursos necessários, delineie o processo detalhadamente e defina as metas que deverão ser atingidas num determinado intervalo de tempo.

- b) **Desenvolvimento:** implemente o plano ao longo do tempo exatamente como planejado. Nesta etapa são fundamentais a educação, o treinamento e o comprometimento de toda a equipe no processo.
- c) **Controle:** colete informações antes e durante o desenvolvimento das ações para documentar as mudanças. Verifique se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do tempo definido. Identifique os desvios na meta ou no método.
- d) **Ação corretiva:** caso sejam identificados desvios na meta e/ou no plano, é necessário definir e programar soluções que eliminem as suas causas. Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas, soluções etc.

**5. Estabelecer e treinar, em conjunto com a equipe, protocolos ou rotinas. Permita flexibilidades, mas questione-as e reveja a não adesão às propostas estabelecidas**

Um protocolo é uma forma consensual de realizar uma tarefa. Pode ser usado para padronizar tanto tarefas administrativas quanto clínicas (protocolo de admissão e alta da UTI, protocolo da sepse etc.).

A importância de criar rotinas e desenvolver protocolos está em diminuir a variabilidade na execução de uma tarefa, aumentar sua eficiência, facilitar sua compreensão por toda a equipe, garantir que nada seja esquecido ou hipervalorizado e permitir que os resultados possam ser aferidos, avaliados criticamente e melhorados continuamente. O risco é engessar demais o atendimento clínico, portanto, é importante permitir antecipadamente que pequenas adaptações possam ser feitas, dependendo da análise adequada de cada caso.

- a) Estabeleça as tarefas mais críticas da UTI e os atendimentos clínicos mais comuns.
- b) Desenvolva protocolos para cada uma dessas tarefas, sempre tendo discutido anteriormente com a equipe. Posteriormente, aplique os protocolos por um tempo curto e avalie sua aplicabilidade prática e sua facilidade de uso. Treine toda a equipe e comunique a todos que os protocolos estão sendo implantados.
- c) Acompanhe ao longo do tempo a adesão e os resultados. Faça avaliações críticas, correções e atualizações constantes do protocolo.

## **6. Garantir que o que deve ser feito está sendo feito com checklists**

Um paciente crítico necessita, em média, de mais de 170 intervenções diferentes por dia, realizadas, muitas vezes, de forma repetitiva e por diferentes equipes ou especialidades. Embora o grau de complexidade e o tempo necessário para completar cada uma das tarefas variem bastante entre um paciente e outro, elas estão muito sujeitas a erros, por causa das diferentes formações e percepções técnicas, natural limitação da memória humana, dificuldade em manter atenção permanente, fadiga, estresse, pressão permanente, entre outros fatores. Mas essas limitações não devem colocar o paciente em risco. Uma forma eficiente de sobrepujar essas dificuldades e garantir que o que deve ser feito esteja sendo feito é o uso de *checklists*.

Os *checklists* são uma ferramenta que tem enorme capacidade de melhorar a segurança e a qualidade e de reduzir custos na UTI. Eles facilitam a aplicação de tarefas complexas, diminuem a variabilidade e ajudam a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito. É o tratamento certo, na dose certa, na hora certa, no paciente certo.

- a) Identifique algumas tarefas, procedimentos ou processos que são críticos na UTI e descreva os passos importantes.
- b) Construa um *checklist*. Eduque e treine a equipe da UTI e comunique a todos a sua importância.
- c) Aplique cada *checklist* durante um período curto de tempo como um piloto. Faça as mudanças necessárias e inicie sua aplicação sistematizada.
- d) Avalie periodicamente seus resultados e atualize o *checklist* sempre que necessário.

## **7. Garantir uma continuidade de cuidados - 24 horas por dia, durante os sete dias da semana**

O paciente crítico necessita receber o mesmo tratamento 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Ele não tem hora marcada para apresentar intercorrências ou para iniciar uma descompensação. E a medicina intensiva é tipicamente uma especialidade cujas intervenções são sensíveis ao tempo e dependentes de atenção e intervenções contínuas. Isso significa que a qualquer hora uma emergência pode ocorrer e todos precisam estar atentos e preparados para intervir rapidamente. Além disso, uma piora clínica geralmente se apresenta com sinais clínicos sutis, os quais, se identificados precocemente, têm maior chance de recuperação.

Por isso, manter a UTI com o mesmo nível de atenção e atendimento durante todo o tempo é fundamental para garantir segurança e qualidade no atendimento.

- a) Monte uma equipe que possa dar o mesmo atendimento aos pacientes no período diurno, noturno e em fins de semana e feriados.
- b) Treine toda a equipe nas manobras de emergência e nos protocolos e rotinas da UTI.
- c) Realize visitas de beira-leito a cada troca de plantão e garanta que tudo que foi feito tenha sido anotado e comunicado.
- d) Garanta supervisão especializada, liberação de medicamentos e possibilidade de exames de emergência numa base 24/7.
- e) Mantenha um plano de contingência para situações inesperadas (falta de um profissional da equipe, demanda aumentada ocasional, falha de equipamentos etc.).

#### **8. Garantir segurança durante o suporte tecnológico. “Tecnologia de ponta no ponto”**

Os equipamentos de UTI, geralmente com muita tecnologia agregada (monitores fisiológicos, respiradores, bombas de infusão etc.), são vitais para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes críticos. No entanto, quando esses equipamentos não são avaliados adequadamente na aquisição, não são usados apropriadamente ou não sofrem manutenção adequada, podem contribuir para causar mais risco e dano aos pacientes. A padronização dos equipamentos e o treinamento intenso no seu uso são estratégias importantes para reduzir erros, porque diminuem a necessidade de confiar na memória e aumentam a chance de uso correto da tecnologia.

- a) Análise sistematicamente os equipamentos antes da aquisição. Faça uma avaliação piloto, analisando criticamente se o equipamento satisfaz as necessidades e se é seguro. Busque uma padronização dos equipamentos.
- b) Treine intensivamente toda a equipe para indicar, usar e interpretar corretamente os equipamentos antes de colocá-los em uso.
- c) Estabeleça períodos de retreinamento nesses equipamentos. Não confie no princípio de “uma vez treinado está aprendido”. Retreine sempre.
- d) Estabeleça protocolos de manutenção preventiva e tenha um plano de contingência para eventuais falhas de cada equipamento.

## **9. Estabelecer comunicação efetiva entre todos da equipe**

A complexidade existente dentro de uma UTI propicia um campo fértil para distúrbios de comunicação dentro da própria unidade, entre os membros da mesma área ou de áreas diferentes, e fora da UTI, com as outras áreas e/ou unidades do hospital. Problemas de comunicação estão na raiz da maioria dos eventos sentinelas que ocorrem dentro das UTIs. A redução nos riscos está fortemente relacionada com uma eficiente comunicação e com a estreita colaboração entre as partes envolvidas nesse processo. Conhecer os eventos adversos é fundamental para buscar corrigir os problemas estruturais ou de processo que propiciem a repetição do erro.

Uma boa comunicação facilita a atuação da equipe como um time estabelece objetivos comuns a serem atingidos e auxilia na obtenção de cooperação do paciente e/ou de seus familiares.

- a) Faça reuniões periódicas com toda a equipe da UTI para consenso e comunicação de objetivos estratégicos de curto, médio e longo prazo.
- b) Apresente claramente os novos protocolos e rotinas, treinando os profissionais da equipe. Divulgue sistematicamente os resultados alcançados, as metas atingidas ou não e os planos de melhoria.
- c) Organize visitas multidisciplinares diárias, discutindo os casos, acertando os planos e estabelecendo objetivos comuns e específicos para cada profissional.
- d) Atenda às demandas dos familiares e mantenha-os informados da evolução do paciente e dos objetivos a serem perseguidos.
- e) Mantenha uma boa comunicação com outras áreas do hospital para facilitar o fluxo e a logística da UTI e promova uma eficiente comunicação entre os médicos da UTI e os outros especialistas, tornando consensuais tratamentos e objetivos comuns.
- f) Estabeleça um canal de informação dos eventos adversos ocorridos, possibilitando a avaliação de erros na estrutura ou nos processos para que possam ser rapidamente corrigidos e evitando a repetição desses eventos.



## 10. Tratar sem lesar

O princípio da não maleficência: antes de tudo não cause danos, é um dos pilares éticos da medicina. O paciente crítico está frequentemente sujeito a ações bem-intencionadas, mas que podem acarretar mais malefícios que benefícios. Monitorizações, intervenções e tratamentos, mesmo em situações agudas, só devem ser realizados se estiverem bem indicados e com benefício provável antecipado que sobrepuje os riscos em potencial. Algumas situações e sugestões:

- a) Reavalie sempre a indicação de cada procedimento. O profissional mais treinado deve realizá-lo, com respeito obsessivo à boa técnica.
- b) Reavalie sistematicamente a necessidade de manter monitores, cateteres, tubos, sondas etc. Retire-os assim que for possível.
- c) Solicite exames complementares e procedimentos diagnósticos somente quando bem indicados e necessários, evitando expor os pacientes a riscos desnecessários.
- d) Prescreva antibióticos e sedativos somente quando bem indicados e somente pelo tempo necessário.
- e) Evite os excessos na administração de derivados sanguíneos, de volume de fluidos e de drogas vasoativas.

## POP 19 - LIMPEZA DE CÂNULA INTERNA (SUBCÂNULA) DE TRAQUEÓSTOMO METÁLICO

**1 - OBJETIVO:** Remover as secreções da subcânula metálica, a fim de prevenir obstrução do traqueóstomo e consequente permanência das vias aéreas pérvias.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem.

### 4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

I. Técnico de Enfermagem

1. Estabelecer uma comunicação com o paciente (escrita, gestos, labial, etc.), explicando o procedimento a ser realizado, caso o paciente esteja consciente;

2. Lavar as mãos;
4. Preparar todo o material, dispondo-o na mesa de mayo;
5. Colocar máscara;
6. Calçar luvas estéreis;
7. Remover subcânula do traqueóstomo, dispondo-a imersa em solução de água oxigenada a 10% na cuba redonda, por 30 minutos;
8. Após os 30 minutos, proceder a limpeza interna da cânula com a ajuda de gaze, retirando todo o resíduo de secreção;
9. Após a remoção da secreção residual, lavar a subcânula com água destilada;
10. Enxugar a subcânula com gaze estéril;
11. Reposicionar a subcânula no traqueóstomo metálico, limpa, enxuta e livre de resíduo de secreção;
12. Deixar a unidade limpa e organizada;
13. Levar as mãos;
14. Registrar procedimento em prontuário do paciente.

## **5 - PERIODICIDADE**

- Remover a subcânula do traqueóstomo diariamente, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) e sempre que necessário;

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

- Luva Estéril, Máscara Descartável, Gaze, Cuba redonda pequena inox estéril, Água Oxigenada a 10%, Água Destilada.

## **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Manter técnica asséptica durante o procedimento;
2. Registrar toda e qualquer anormalidade referente ao paciente e comunicar imediatamente ao plantonista médico.

## **POP 20 - CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA**

**1 - OBJETIVO:** Garantir a funcionalidade dos materiais e equipamentos do Carro de Emergência, com o objetivo de prestar uma assistência adequada e segura ao paciente durante a emergência.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros (as).

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Enfermeiros(as)

1. Checar e manter o carrinho ligado à rede elétrica;
2. Verificar a data de validade e integridade dos invólucros de materiais estéreis e medicamentos que estão no carro de emergência (impresso próprio);
3. Testar o funcionamento do cabo e lâminas de laringoscópio e condições das pilhas;
4. Testar o funcionamento do aparelho de desfibrilação;
5. Checar em impresso próprio a quantidade de materiais e medicamentos existentes, realizando a reposição dos mesmos quando necessária.

### **5 - PERIODICIDADE**

Verificar o carro de emergência todos os dias no início de cada turno, registrando conforme impresso próprio e com a devida rubrica do examinador;

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Caneta, Impresso próprio de conferência.

### **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Solicitar reposição das pilhas ao secretário quando estiverem “fracas” ou não funcionantes;
2. Repor todos os materiais do carrinho (ambu, máscara, cânula de guedel, fio guia, etc.), quando estiverem em falta ou em número insuficiente.

### **8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE**

1. Solicitar a manutenção dos equipamentos que não estiverem em boas condições de funcionamento e avisar ao (a) enfermeiro (a) coordenador (a) do setor.

## **POP 21 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TRAQUEOSTOMIA**

**1 - OBJETIVO:** Proporcionar a ocorrência do procedimento de acordo com os tempos cirúrgicos adequados, sem causar danos ao paciente.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros assistenciais, Técnicos de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Enfermeiros Assistenciais, Técnicos de Enfermagem

1. Lavar as mãos;
2. Testar e ajustar parâmetros de bisturi elétrico conforme solicitação do cirurgião;
2. Certificar-se do bom funcionamento do sistema de aspiração;
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal e hiper-extensão da cabeça;
4. Posicionar a placa do bisturi elétrico na panturrilha ou região glútea;
5. Distribuir o material de acordo com os tempos cirúrgicos em uma mesa de Mayo, oferecendo ao cirurgião quando solicitado;
6. Auxiliar na paramentação do cirurgião;
  - 6.1 Posicionar máscara;
  - 6.2 Calçar luva de procedimento;
7. Administrar sedação conforme solicitação médica;
8. Secar o Cuff e retirar o TOT quando solicitado pelo cirurgião;
9. Insuflar Cuff do traqueóstomo;
10. Conectar traqueóstomo ao sistema de VM com segurança;
11. Aspirar secreção traqueobrônquica;
12. Fixar traqueóstomo;
13. Certificar-se da ventilação adequada do paciente;
14. Lavar e proteger sistema de aspiração;
15. Providenciar coleta de gasometria, se necessário (médico ou enfermeiro);
16. Organizar a unidade e leito;
17. Lavar as mãos;
18. Registrar o procedimento no prontuário do paciente (médico e enfermeiro).

## **5 - PERIODICIDADE**

Sempre que for realizado o procedimento de Traqueostomia.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Bisturi elétrico com caneta de bisturi apropriada;

Bandeja de pequena cirurgia;

Campos cirúrgicos e capotes;

Traqueóstomos de vários números;

Cadarço de fixação de traqueóstomo;

Foco de luz;

Gaze simples;

Luva estéril;

Luva de procedimento;

Sistema de aspiração montado;

Sonda de aspiração de vários números;

Anestésico e sedativo;

Seringa de 10ml e 20ml;

Agulha 40X12 e 13X4,5;

Povidine tópico;

Povidinedegermante;

Fio cirúrgico de vários números;

Máscara descartável;

Luas estéreis;

Gel condutor.

## **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Lavar as mãos antes e depois do procedimento;
2. Manter o carro de emergência próximo ao leito;
3. Atentar aos cuidados específicos com o bisturi elétrico;
4. Atentar para sinais de hemorragia;
5. Observar sinais e escape aéreo via oral ou perióstio;
6. Observar se há ocorrência de enfisema subcutâneo ou mediastino.

## **8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE**

1. Comunicar ao cirurgião alterações, como sangramentos ou escape de ar.

## **POP 22 - BALANÇO HÍDRICO**

**1 - OBJETIVO:** Registrar o controle de tudo que foi administrado ao paciente e eliminado pelo mesmo, no período de 24h.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Técnicos de Enfermagem

1. Reunir o material necessário;
2. Preencher o cabeçalho do impresso com nome do paciente, número do prontuário e do leito e data;
3. Registrar volume infundido (HV, transfusão de hemoderivados, medicação, dieta);
4. Registrar volume eliminado (diurese, fezes, sangue, vômitos, drenagens, etc.);
5. Somar volumes infundidos, descontando os volumes drenados, registrando o saldo, se positivo ou se negativo no final de cada plantão noturno, às 06 horas (fechamento de balanço a cada 24 horas, sempre às 06 horas);
6. Registrar a cada turno e a cada 02 horas sinais vitais e cuidados específicos (glicemia, PVC, saturação de oxigênio).

### **5 - PERIODICIDADE**

Diariamente.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

- Impresso próprio.
- Frasco graduado.
- Luva de procedimento.

### **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Zerar as bombas de infusão;
2. Fechar o balanço hídrico às 12, 18 e 06 horas diariamente;
3. O enfermeiro deverá conferir, assinar e carimbar o impresso do balanço hídrico, para caracterizar o completo fechamento do mesmo, às 06 h.

## **8 - AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE**

1. Na vigência de alteração na somatória final, recomeçar a contagem a fim de detectar o erro.

## **POP 23 - TROCA OU MONTAGEM DE CIRCUITO DO VENTILADOR MECÂNICO**

**1 - OBJETIVO:** Utilização de técnica asséptica para troca ou montagem de circuito do Ventilador Mecânico, com redução de infecção respiratória.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros e Fisioterapeutas.

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Enfermeiros/Fisioterapeutas:

1. Checar a data da troca do circuito;
2. Preparar o material necessário de acordo com o tipo do respirador;
3. Colocar máscaras;
4. Lavar as mãos;
5. Abrir o circuito do respirador de forma asséptica;
6. Avaliar integridade das membranas da válvula unidirecional de exalação;
7. Calçar luvas estéreis;
8. Colocar os diafragmas na válvula unidirecional de exalação;
9. Montar o circuito do respirador com técnica asséptica;
10. Iniciar a ventilação com reanimador manual (ambú) – enfermeiro, fisioterapeuta ou médico;
11. Retirar o sistema contaminado – técnico, enfermeiro ou fisioterapeuta - acondicionando-o em saco plástico, recolhendo os diafragmas e o arco de silicone usados, quando houver;
12. Instalar circuito estéril no respirador;
13. Testar funcionamento do respirador, avaliando integridade das traqueias;
14. Confirmar os parâmetros do respirador;
15. Conectar a água destilada ao equipo e este ao orifício de entrada na jarra do respirador ou instalar o filtro barreira, quando houver disponível este filtro;

16. Encher a jarra com água destilada até a marca pré-estabelecida;
17. Confirmar os parâmetros do paciente no respirador;
18. Conectar respirador no paciente;
19. Manter a unidade limpa e organizada;
20. Desprezar o material utilizado em expurgo local e fazer a assepsia dos diafragmas e arco de silicone na Unidade de Terapia, após acondicioná-los em local apropriado;
21. Lavar as mãos;
21. Obrigatoriamente, identificar o respirador com nome do profissional e o prazo da próxima troca.

## **5 - PERIODICIDADE**

Realizar a troca do circuito a cada 07 dias ou na presença de secreções no sistema.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Luvas estéreis;  
Máscara descartável;  
Água destilada;  
Equipo simples;  
02 diafragmas;  
Circuito de respirador completo estéril;  
Reanimador manual (Ambú);  
Baraca se for realizar a primeira montagem do Respirador.

## **7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES**

1. Manter técnica asséptica durante toda a montagem;
  2. Antes de iniciar o procedimento verifique se a válvula de exalação e as membranas estão colocadas corretamente;
  3. Observe se a mangueira do respirador está conectada na parte superior de trás da válvula de exalação, no ramo INSP;
  4. Ao testar o VM certifique-se que a conexão “Y” está totalmente vedada.
- Obs: Caso o procedimento seja para a primeira montagem do Respirador, testá-lo com a Baraca antes de instalá-lo no cliente.



## **POP 24 - ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL**

**1 - OBJETIVO:** Promover a entubação orotraqueal do paciente.

**2 - SETOR:** Unidade de Terapia Intensiva.

**3 - AGENTES:** Médicos, Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Equipe Médica / Equipe de Enfermagem

1. Preparar o material (Enfermeiro, Técnico ou Técnico de Enfermagem);
2. Lavar as mãos (Médico, Equipe de Enfermagem e todos que participarem do procedimento);
3. Orientar ao cliente acerca do procedimento (Médico);
4. Posicionar o cliente em decúbito dorsal (Técnico ou Técnico de Enfermagem);
5. Calçar luvas (Médico);
6. Testar o balonete da cânula (Médico);
7. Pré-oxigenar o paciente, por 3 minutos, com ambú e máscara (Enfermeiro);
8. Laringoscopia (Médico);
9. Introduzir a cânula com o auxílio do fio guia e lidocaína geleia (Médico);
10. Testar posição da cânula (Médico);
11. Fixar a cânula com fixador próprio ou esparadrapo ou micropore (Enfermeiro, Técnico ou Técnico de Enfermagem);
12. Realizar aspiração orotraqueal, se necessário (Enfermeiro, Médico ou demais membros da equipe de enfermagem).

### **5 - PERIODICIDADE**

Todas as vezes em que o paciente necessite passar por esse procedimento.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Cânula traqueal estéril e descartável, com numeração apropriada ao paciente;

Seringa de 20ml estéril;

Luva estéril com numeração apropriada ao executor;

Laringoscópio com lâmina desinfetada;

Fio Guia;

Máscara;  
Cânula de Guedel desinfetada;  
Ambú com máscara;  
Lidocaína geleia;  
Esparradrapo ou micropore.

## **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Manter técnica asséptica durante todo o procedimento;
2. Identificar, através de esparradrapo, com data e horário, a cânula traqueal;
3. Médico e enfermeiro deverão registrar o procedimento em prontuário do paciente.

## **POP 25 - RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - FINALIDADE:** Promover a recepção de pacientes ambulatoriais ou não no Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **I. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem**

1. Receber o paciente, identificando-o e se identificando;
2. Verificar prontuário e exames anexos do paciente, registrando em protocolo específico;
3. Registrar no prontuário o horário de chegada e condições clínicas do paciente;
4. Confirmar a realização dos procedimentos pré-operatórios indicados para a cirurgia proposta, tais como: jejum, tricotomia, administração de pré-anestésicos, retirada de prótese, alergia medicamentosa, etc;
5. Lavar as mãos;
6. Verificar e registrar os sinais vitais;
7. Realizar punção venosa e administrar medicação, conforme prescrição médica;
8. Confirmar a reserva de bolsas de sangue no banco de sangue;
9. Confirmar reserva de leito na UTI, conforme solicitação do anestesista.

## **5 - PERIODICIDADE**

Para cada novo paciente admitido no Centro Cirúrgico do Hospital.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Prontuário, Protocolo específico, Prescrição Médica, Exames realizados.

## **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Na admissão no Centro Cirúrgico, o paciente deverá estar acompanhado do prontuário e dos exames médicos solicitados;
2. Em se tratando de pacientes ambulatoriais, conferir a documentação necessária, atentar que, para este tipo de paciente, inexistente o prontuário.

## **POP 26 - MONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO**

**1 - OBJETIVO:** Promover a preparação da sala de cirurgia deixando-a pronta para a realização da cirurgia marcada.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem.

## **4- ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Lavar as mãos;
2. Certificar-se do material e equipamentos solicitados;
3. Verificar as condições de limpeza da sala, antes de equipá-la com materiais e equipamentos;
4. Testar o funcionamento elétrico, focos de luz, equipamentos utilizados para anestesia, tomadas elétricas, mesa cirúrgica;
5. Providenciar os materiais descartáveis e medicações, também checando a validade da esterilização;
6. Dispor materiais e medicações em mesa auxiliar de acordo com a anestesia a ser realizada;
7. Prover impressos utilizados em sala cirúrgica;

8. Disponer os materiais necessários no carro de anestesia: cânula de Guedell, laringoscópio com lâminas testadas, cânulas de intubação, seringas, esparadrapo, estetoscópio, etc.

## **5 - PERIODICIDADE**

Para cada nova cirurgia a ser realizada.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Cânula de Guedell, Laringoscópio com lâminas testadas, Cânulas de intubação, Seringas, Esparadrapo, Estetoscópio e outros necessários de acordo com a solicitação feita, Impressos.

## **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

O Técnico deve certificar-se com atenção no mapa da cirurgia programada para a Sala de Operação (S.O) sob sua responsabilidade; atentando para identificação do paciente.

O técnico deve preparar a S.O com os materiais necessários para a realização da cirurgia.

## **POP 27 - CIRCULAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÃO**

**1 - OBJETIVO:** Disciplinar a Circulação na Sala de Operação.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**4 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem.

## **5 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Lavar as mãos;
2. Receber o paciente, apresentando-se e conferindo sua identificação;
3. Registrar a chegada e as condições clínicas do paciente;
4. Conferir exames dos pacientes;
5. Transferir paciente para mesa cirúrgica;

6. Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de PA;
7. Posicionar a placa dispersiva em local adequado, caso o bisturi elétrico seja utilizado;
8. Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica asséptica. Observar os integradores internos dos pacotes e anexá-los ao prontuário do paciente;
9. Auxiliar na indução anestésica (punção de veia e fornecimento de materiais de acordo com anestesia proposta);
10. Posicionar o paciente, utilizando técnicas adequadas, recursos de proteção e faixas de segurança;  
Conforme procedimento cirúrgico e com auxílio da equipe anestésica e cirúrgica;
11. Auxiliar na paramentação da equipe;
12. Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva que está aderida ao paciente;
13. Conectar a extremidade da borracha estéril à extensão do aspirador à vácuo e ligá-lo;
14. Aproximar os hampers da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Os hampers devem ter sacos plásticos brancos identificados para lixo infectado;
15. Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer estrados;
16. Estar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos equipamentos durante todo o procedimento;
17. Preencher os impressos de evolução de enfermagem e folha de consumo. Utilizar carimbo de identificação com o número de registro do COREN;
18. Suprir a Sala de Operação (S.O) dos materiais solicitados durante cirurgia;
19. Checar nome, registro, grupo sanguíneo do paciente e da bolsa de sangue, quando o paciente necessitar de transfusão; Atentar para registrar no prontuário, o tipo de sangue, quantidade, data, etc.
20. Identificar peças anátomo-patológicas, quando existirem;
21. Conferir o número de compressas;
22. Ao final do procedimento, auxiliar nos curativos cirúrgicos;
23. Registrar término cirúrgico;
24. Registrar cirurgia no livro de pequenas, médias e grandes cirurgias.

## **6 - PERIODICIDADE**

Para cada cirurgia realizada.

## **7 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Exames, Oxímetro, Monitor cardíaco, Aparelho de PA, Placa dispersiva, Bisturi elétrico, Aspirador a vácuo, Hamper, Folha de Evolução de Enfermagem, Folha de Consumo, Prontuário, Livro de Cirurgias.

## **8 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. O circulante deverá usar roupas privativas, máscara cirúrgica e outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) quando necessário;
2. O circulante deve suprir a S.O dos materiais necessários;
3. Evitar aberturas desnecessárias da porta da S.O, mantendo-a sempre fechada durante o procedimento cirúrgico;

## **POP 28 - TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

**1 - OBJETIVO:** Promover a transferência do paciente cirúrgico para a Sala de Recuperação Pós Anestésica.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Remover campos e lençóis úmidos que estão sobre o paciente e cobri-lo com lençóis, cobertores, garantindo seu aquecimento e privacidade;
2. Registrar os sinais vitais do paciente;
3. Retirar monitorização do paciente, após avaliação do anestesista;
4. Transportar o paciente para maca, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados;
5. Organizar o paciente com os impressos e exames, encaminhando-os com o paciente para a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA);
6. Retornar à sala e iniciar a desmontagem.

## **5 - PERIODICIDADE**

Quando for autorizado pela Equipe Médica e pelo Anestesista.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Lençóis, Cobertores, Impresso (Registro de Sinais Vitais do Paciente), Exames.

## **7 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES**

1. O paciente cirúrgico deve ser transferido para SRPA após autorização do anestesista;
2. O paciente deve ser transferido para SRPA em maca e devidamente protegido.

## **POP 29 - ADMISSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

**1 - OBJETIVO:** Promover a admissão e a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico na SRPA.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

1. Registrar horário da chegada do paciente na RPA (Recuperação Pós Anestésica);
2. Lavar as mãos;
3. Observar e registrar as condições clínicas do paciente na chegada: estado de consciência e atividade, frequência respiratória, expansibilidade torácica, pulso, frequência cardíaca, temperatura e saturação de O<sub>2</sub>;
4. Lavar as mãos;
5. Controle dos sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos;

6. Lavar as mãos;
  7. Administrar de medicações conforme prescrição e necessidade apresentada pelo paciente, efetuando seu correto registro;
  8. Manutenção da permeabilidade de cateteres, sondas e drenos;
  9. Registro de toda e qualquer intercorrência apresentada pelo paciente, bem como a conduta tomada;
  10. Comunicar ao anestesista qualquer intercorrência observada;
  11. Conferir se no prontuário do paciente constam exames trazidos / realizados pelo mesmo;
  12. Observar e registrar condições clínicas do paciente no momento da alta e do encaminhamento;
  13. Registrar horário de saída do paciente da SRPA;
- II. Técnico em Enfermagem
14. Proceder limpeza do leito do paciente com compressa umedecida com álcool a 70%;

## **5 - PERIODICIDADE**

Sempre que o paciente for admitido na Sala de Recuperação Pós Anestésica e necessitar de assistência da enfermagem.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Prescrição Médica, Impresso de Assistência da Enfermagem (com o registro dos sinais vitais do paciente).

## **7 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Na SRPA, o paciente deverá ficar sob observação contínua até que seja transferido para outro setor.



## **POP 30 - DESMONTAGEM DA SALA DE OPERAÇÃO**

**1 - OBJETIVO:** Promover a desmontagem da Sala de Operação.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Técnico em Enfermagem

1. Reunir todos os materiais não usados (estéreis) colocando-os em carro para devolução ao Centro de Material Esterilizado (CME);
2. Calçar luvas de procedimentos;
3. Retirar materiais pérfuro-cortante descartando-os em caixa própria;
4. Recolher caixa de pérfuro-cortante quando atingir sua capacidade, lacrando-a;
5. Recolher em hamper campos, compressas e outros revestimentos da Sala de Operação (SO). Assegurar-se de que não houve esquecimento de instrumentos entre os campos, antes de encaminhar os tecidos para lavanderia;
6. Retirar instrumentos das mesas colocando em suas respectivas caixas, contando o número de peças. As pinças não deverão ser fechadas exceto as de campos (Backaus). Os materiais mais leves deverão ser colocados sobre os mais pesados evitando danos;
7. Aspirar com o aspirador os líquidos restantes em mesas como soros e antissépticos. Não desprezar em lixo ou hamper;
8. Retirar os acessórios dos aparelhos como placa do bisturi elétrico, frascos de aspiração, conexões;
9. Avisar aos funcionários da limpeza para retirada de lixo, troca dos sacos plásticos e limpeza do chão;
10. Proceder à limpeza concorrente e montagem para próxima cirurgia, conforme orientação do enfermeiro.

### **5 - PERIODICIDADE**

A desmontagem da S.O deve ser realizada após a saída do paciente e antes da limpeza concorrente.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Materiais Estéreis não usados (devolvidos ao CME), Instrumentos cirúrgicos utilizados, Aspirador.

## **POP 31 - LIMPEZA TERMINAL DO CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - OBJETIVO:** Promover a Limpeza Terminal do Centro Cirúrgico.

**2- SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Técnicos de Enfermagem

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Lavar as mãos;
2. Iniciar do local mais limpo para o mais sujo, utilizando Equipamentos de proteção Individual (EPI's) adequados;
3. Realizar limpeza do mobiliário, focos, equipamentos como monitores, carros de anestesia, mesa cirúrgica, leitos da Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) e etc, com compressa umedecida com álcool à 70%;
4. Recolher o material usado encaminhado ao expurgo;
5. Proceder à montagem da Sala de operação (S.O.).

### **5 - PERIODICIDADE**

Deverá ser realizada diariamente após o término do último procedimento cirúrgico do dia;

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Álcool a 70%, EPI's adequados, Panos umedecidos.

## **POP 32 - LIMPEZA SEMANAL DO CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - OBJETIVO:** Promover a Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico.

**2 -SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Executor de Serviços Básicos, Técnicos de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Executor de Serviços Básicos**

1. Lavar as mãos;
2. Realizar limpeza com água, sabão e/ou álcool à 70% das bancadas, pisos, tetos, pias, banheiros, estantes, armários, portas, paredes, prateleiras, geladeira.

#### **II. Técnico em Enfermagem**

1. Realizar a limpeza do mobiliário da Sala de Operação (S.O), Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), focos, visor, equipamentos, com compressas umedecidas em água e sabão;
2. Remover a solução detergente dos materiais acima citados, com compressas umedecidas em água;
3. Proceder a desinfecção com compressas umedecidas em álcool à 70%, a mesma deverá ser realizada em todas as salas (setores) que compõem o centro cirúrgico;
4. Reunir instrumentais vencidos e encaminhá-los ao Centro de Material Esterilizado (CME), e as roupas deverão ser encaminhadas à lavanderia.

### **5 - PERIODICIDADE**

A limpeza semanal deverá ser acrescida da limpeza dos vidros, das áreas administrativas (Posto de Enfermagem), arsenal, copa, almoxarifado, sala de desinfecção química, sala de equipamentos, farmácia interna; enfim todas as áreas que compõem a unidade.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Álcool a 70%, EPI's adequados, Panos umedecidos, Sabão, Água, Solução Detergente.

## **POP 33 - LIMPEZA CONCORRENTE DO CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - OBJETIVO:** Promover a Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Executor de Serviços Básicos, Técnicos de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Técnico em Enfermagem

1. Prover-se dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) adequados;
2. Retirar instrumentais, equipamentos, roupas, acessório e material pérfuro-cortante;
3. Limpar com compressas umedecidas em álcool etílico à 70% o mobiliário, acessórios, equipamentos e focos;
4. Recolher instrumental, acessórios do carro de anestesia utilizados e encaminhá-los ao expurgo.

II. Executor de Serviços Básicos

1. Colocar no hamper toda roupa suja;
2. Recolher a roupa suja do hamper e encaminhá-la ao expurgo.

### **5 - PERIODICIDADE**

Deverá ser realizada imediatamente após o término de uma cirurgia e início da outra, para remoção de sujidade e matéria orgânica presente nos instrumentais, acessórios de equipamentos, roupas e lixo;

Após procedimentos infectados ou de longa duração, recomenda-se que se utilizem os critérios de limpeza terminal, que inclui a limpeza total das paredes e do teto;

Ao término da limpeza, proceder à montagem da Sala de Operação (S.O) de acordo com o procedimento cirúrgico subsequente.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Álcool a 70%, EPI's adequados.

## **POP 34 - MARCAÇÃO DE CIRURGIA**

**1 - OBJETIVO:** Promover a marcação de Cirurgia no Centro Cirúrgico, observando todos os procedimentos necessários.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Cirurgião, Médicos, Enfermeiro, Anestesista, Secretaria de Clínica.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Cirurgião / Médicos**

1. Solicitar marcação de cirurgia por escrito em impresso próprio (aviso de sala), onde consta o nome do procedimento, data e horário, materiais, medicamentos e equipamentos necessários;

#### **II. Enfermeiro**

2. Confirmar a marcação das cirurgias mediante avaliações funcionais (sala, tempo de cirurgia, etc.);

#### **III. Médicos**

3. Agendar as cirurgias de pacientes oriundos de outro serviço de saúde;

#### **IV. Cirurgião / Anestesista / Médico**

4. Solicitar concentrado de hemácias e/ou outros componentes para a cirurgia;

#### **V. Secretaria de Clínica**

5. Distribuir o mapa cirúrgico aos setores (Clínica Cirúrgica I e II, Centro de Material esterilizado (CME), lavanderia, admissão) até às 11 horas do dia que antecede as cirurgias;

#### **VI. Cirurgião / Médicos**

6. Encaminhar ao enfermeiro do setor, as alterações no mapa cirúrgico com antecedência de 24 horas, caso contrário, o procedimento em questão não será realizado;

7. Orientar o preparo pré-operatório (sangue, consulta pré-anestésica, etc.) no ato da indicação cirúrgica;

#### **VII. Médicos**

8. Verificar a disponibilidade de vaga em enfermarias perante a admissão.

## **5 - PERIODICIDADE**

- 1 Os procedimentos cirúrgicos deverão ser marcados no mapa somente com comunicação prévia do enfermeiro responsável;
- 2 Materiais específicos para realização de algumas cirurgias devem ser solicitados previamente a enfermeira responsável;
- 3 As cirurgias de urgências / emergência dos pacientes internos, terão prioridades sobre todos os demais procedimentos.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Impresso (aviso de sala), Mapa Cirúrgico.

## **POP 35 - PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer medidas utilizadas com a finalidade de manter o ambiente seguro e asséptico para realização do ato anestésico e cirúrgico, com o objetivo de reduzir o número de contaminação e disseminação de infecções no centro cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Lavar as mãos;
2. Realizar limpeza entre uma cirurgia e outra, na mesa cirúrgica, acessórios, aparelho de anestesia, mesa de instrumental;
3. Desprezar os fluídos no expurgo;
4. Selecionar os materiais da Sala de Operação (S.O), entre materiais para lavanderia (roupa), expurgo (instrumental), lixo e pérfuro-cortante.

#### **II. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem**

5. Trocar os circuitos de anestesia de paciente para paciente.

## **5 - PERIODICIDADE**

As Medidas de Prevenção devem ser adotadas de maneira sistemática;  
As Medidas devem ser intensificadas entre uma cirurgia e outra.

## **6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

1. Usar uniforme privativo, trocando quando necessário (cirurgias contaminadas);
2. Usar propés nas áreas restritas e semi-restritas e trocá-los quando úmidos ou sujos por sangue, secreções e durante a desinfecção terminal da sala;
3. Usar máscara cirúrgica cobrindo boca e nariz;
4. Usar óculos de proteção com o objetivo de isolar a mucosa ao realizar cuidados em paciente;
5. Usar aventais de chumbo quando da realização de cirurgias com radiação;
6. Manter número de pessoas reduzido na Sala de Operação.

## **POP 36 - UTILIZAÇÃO DO BISTURI ELÉTRICO**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer medidas para utilização de Bisturi Elétrico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Colocar a placa dispersiva (afastada de próteses metálicas) no paciente em área de massa muscular (panturrilha, face posterior da coxa, glúteos) próxima ao sítio cirúrgico. Utilizar gel para aumentar a condutibilidade;
2. Manter paciente sobre superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa cirúrgica;
3. Atentar para o risco de combustão quando houver uso de substâncias inflamáveis como antissépticos e anestésicos;
4. O plug do cabo do bisturi não deve ficar sob o corpo do paciente pois pode causar lesão de pele devido à pressão;

#### **II. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem**

4. Manter desfibrilador pronto para uso em pacientes portadores de marcapasso.

### **5 - PERIODICIDADE**

De acordo com o procedimento a ser realizado faz-se necessária a utilização de bisturi elétrico no paciente.

## **6 - OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES**

1. O bisturi elétrico deve ser utilizado de forma que não comprometa a segurança do paciente.

## **POP 37 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

**1 - OBJETIVO:** Proceder a assistência de enfermagem ao paciente que apresentou complicações respiratórias na srpa.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem**

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória;
2. Elevar o decúbito;
3. Aumentar a oferta de O<sub>2</sub>;
4. Solicitar realização de respiração profunda;
5. Aspirar a secreção orotraqueal;
6. Administrar medicamentos prescritos;
7. Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário;
8. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, na Folha de Assistência de Enfermagem.

### **5 - PERIODICIDADE**

Sempre que o paciente apresentar complicações respiratórias na SRPA;

### **6 - OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES**

O paciente deve ser monitorado com oxímetro de pulso;

O paciente deve ser monitorado quanto aos sinais de insuficiência respiratória.



## **POP 38 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES CARDÍACAS NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

**1 - OBJETIVO:** Proceder a assistência de enfermagem ao paciente que apresentou complicações cardíacas na SRPA.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Enfermeiro e Técnico em Enfermagem**

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca;
2. Manter paciente normotérmico;
3. Administrar medicamentos prescritos;
4. Providenciar material para atendimento de urgência;
5. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Registro de Enfermagem.

### **5 - PERIODICIDADE**

Sempre que o paciente apresentar complicações cardíacas na SRPA.

### **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Prescrição Médica, Folha de Registro de Enfermagem.

### **7 - OBSERVAÇÕES /CONSIDERAÇÕES**

1. O paciente deve ser monitorado com oxímetro de pulso, eletrodos e aparelho de PA;
2. O paciente deve ser observado quanto aos sinais de parada cardíaca.

## **POP 39 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

**1 - OBJETIVO:** Proceder a assistência de enfermagem ao paciente no choque Hipovolêmico na SRPA.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico

**3 - AGENTES:** Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Enfermeiro e Técnico em Enfermagem**

1. Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de O<sub>2</sub>;
2. Repor líquidos de acordo com prescrição médica;
3. Elevar membros inferiores;
4. Providenciar material para atendimento de urgência;
5. Manter acesso venoso adequado;
6. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência da Enfermagem.

### **5 - OBSERVAÇÕES /CONSIDERAÇÕES**

Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso e aparelho de PA.

## **POP 40 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)**

**1 - OBJETIVO:** Proceder a assistência de enfermagem ao paciente com hipotermia na SRPA, mantendo o paciente aquecido com cobertores.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

#### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem;

1. Lavar as mãos;
2. Monitorizar os sinais vitais;
3. Controlar a temperatura frequentemente;
4. Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica;
5. Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência de Enfermagem.

#### **5 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Folha de Assistência de Enfermagem, Prescrição Médica.

#### **POP 41 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAL AO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)**

**1 - OBJETIVO:** Realizar o pedido de material ao Centro de Material Esterilizado (CME).

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiros, Técnico em Enfermagem.

#### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

**I. Enfermeiro**

1. Verificar no mapa cirúrgico os tipos e a quantidade de cirurgias;
2. Verificar o estoque de material no arsenal;
3. Solicitar os materiais em impresso próprio até às 15:00 horas. Em Caso de urgência/emergência e na ausência da enfermeira, os materiais podem ser solicitados pelos técnicos de enfermagem em outros horários.

**II. Enfermeiro /Técnico em Enfermagem**

4. Receber o material e conferir o pedido;
5. Armazenar o material de forma adequada.

## **5 - PERIODICIDADE**

1. A solicitação de materiais ao CME deve ser realizada diariamente pelo (a) enfermeiro (a) do Centro Cirúrgico;
2. Os materiais devem ser solicitados um dia antes da realização do procedimento cirúrgico.

## **6 - FORMULÁRIOS UTILIZADOS, FERRAMENTAS, MATERIAIS**

Mapa Cirúrgico, Impresso de Solicitação de Material ao CME.

## **POP 42 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer as diretrizes e atribuições do Enfermeiro Coordenador no ambiente do Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro Coordenador.

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **I. Enfermeiro Coordenador**

1. Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor;
2. Fazer cumprir as normas e regulamentos da instituição e rotinas;
3. Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os, supervisionar a confecção do mapa cirúrgico diário;
4. Elaborar escalas mensais dos funcionários;
5. Atuar e coordenar atendimentos em situações de emergências;
6. Identificar os problemas de enfermagem existentes e encaminhar propostas de soluções à Coordenação de Enfermagem;
7. Zelar pelas condições ambientais de segurança, visando o bem-estar do paciente e da equipe interdisciplinar;
8. Participar do planejamento de reformas e / ou construção da planta física do setor;
9. Participar do processo de integração e treinamento admissional dos funcionários;
10. Realizar avaliação de desempenho da equipe de enfermagem conforme norma da instituição;
11. Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos garantindo o uso correto dos mesmos;
12. Planejar e executar educação em serviço;
13. Participar do processo de padronização de materiais/medicações do setor.

## **POP 43 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer as diretrizes e atribuições do Enfermeiro Assistencial no ambiente do Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro Assistencial.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Enfermeiro Assistencial**

1. Prever e prover o Centro Cirúrgico de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento em sala de operação;
2. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;
3. Checar a programação cirúrgica diariamente;
4. Realizar escala diária de atividades dos funcionários;
5. Orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de materiais especiais;
6. Conferir junto as equipes cirúrgicas a necessidade de materiais implantáveis necessários ao procedimento cirúrgico;
7. Priorizar o atendimento aos pacientes de acordo com o grau de complexidade clínico e cirúrgico;
8. Checar materiais e equipamentos necessários ao ato cirúrgico;
9. Manter ambiente cirúrgico seguro tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional;
10. Recepcionar o paciente no Centro Cirúrgico, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios do Centro Cirúrgico, prontuário e exames pertinentes ao ato cirúrgico;
11. Auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica, certificando-se do correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;
12. Colaborar no ato anestésico, caso haja necessidade;
13. Realizar sondagem vesical (de acordo com o protocolo de cateterização vesical);
14. Prestar assistência ao término do procedimento cirúrgico e anestésico;

15. Realizar e / ou auxiliar na realização do curativo cirúrgico (de acordo com o protocolo de curativos);
16. Auxiliar na transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca realizando breve inspeção física para detectar possíveis eventos adversos e certificando-se do correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;
17. Encaminhar o paciente para Recuperação Pós-Anestésica (RPA);
18. Informar as condições clínicas para o enfermeiro da Clínica Cirúrgica e ou UTI, acompanhando o paciente sempre que possível.

## **POP 44 - ATRIBUIÇÕES DOS CIRCULANTES**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer as diretrizes e atribuições dos Técnicos de Enfermagem no ambiente do Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Técnicos s de Enfermagem.

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Técnicos de Enfermagem

1. Assumir o plantão conforme regra institucional;
2. Lavar as mãos;
3. Prover as salas cirúrgicas com material e equipamentos adequados, de acordo com o tipo de cirurgia necessidade do paciente;
4. Receber o paciente na sala de operação, auxiliando-o na passagem para a mesa cirúrgica;
5. Auxiliar o anestesista na realização do ato anestésico, proporcionando conforto e segurança ao paciente;
6. Disponibilizar materiais para a equipe cirúrgica com técnica asséptica;
7. Auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica;
8. Controlar material usado nas cirurgias: compressas, gazes, etc;
9. Encaminhar peças, exames e outros pedidos realizados no transcorrer das cirurgias;
10. Providenciar o preenchimento adequado das folhas de consumo de materiais

gastos na cirurgia;

11. Prestar assistência ao término do procedimento cirúrgico e anestésico;
12. Registrar o transoperatório no prontuário do paciente;
13. Promover a ordem e limpeza, favorecendo condição asséptica da S.O (Sala de Operação) durante o ato anestésico-cirúrgico;
14. Transferir o paciente da mesa cirúrgica para a maca, observando correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;
15. Encaminhar o paciente para a Recuperação Pós-Anestésica (RPA);
16. Informar as condições clínicas para o técnico da RPA;
17. Realizar desmontagem da S.O.;
18. Realizar a limpeza concorrente;
19. Notificar o enfermeiro responsável sobre possíveis intercorrências;
20. Comunicar ao enfermeiro defeitos em equipamentos e materiais;
21. Auxiliar de limpeza, se necessário na limpeza terminal conforme rotina do setor.

## **POP 45 - ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer as diretrizes e atribuições dos Técnicos em Enfermagem no ambiente do Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Técnico em Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **I. Técnico em Enfermagem**

1. Administrar a medicação prescrita, fazer curativos simples e controlar os sinais vitais de acordo com os protocolos da unidade;
2. Executar tratamentos diversos tais como: lavagens, aspirações, nebulizações e outros de acordo com a prescrição médica;
3. Colher material para exame de laboratório de acordo com a solicitação médica em impresso próprio e conforme regulamentação do exercício profissional da enfermagem;

4. Auxiliar o médico durante a realização de exames e tratamentos;
5. Operar o equipamento de esterilização;
6. Fazer anotações no prontuário das observações e cuidados prestados;
7. Atender ao público e cumprir normas em geral;
8. Auxiliar nas intervenções cirúrgicas, dispor os instrumentos cirúrgicos sobre a mesa apropriada;
9. Testar pinças anatômicas, hemostáticas e outros instrumentos cirúrgicos eletrônicos;
10. Conferir o material cirúrgico;
11. Retirar, lavar, secar, lubrificar todo material cirúrgico;
12. Fazer asseios nos pacientes.

#### **POP 46 - ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS, ROUPAS SUJAS E RESÍDUOS INFECTANTES (SÓLIDOS)**

**1 - OBJETIVO:** Estabelecer normas para a organização dos instrumentos, roupas sujas e resíduos infectantes (sólidos) provenientes do Centro Cirúrgico.

**2 - SETOR:** Centro Cirúrgico.

**3 - AGENTES:** Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de limpeza.

#### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

I. Enfermeiro / Médico / Técnico em Enfermagem / Auxiliar de Limpeza, Docentes e Discentes.

1. O material a ser esterilizado na Central de Materiais Esterilizados (CME) deve ser acondicionado em recipiente resistente à perfuração, observando os cuidados para evitar acidentes com materiais perfurocortantes (Ex.: pinças fechadas e bisturi sem a lâmina);
2. Os resíduos sólidos devem ser descartados em sacos plásticos próprios, sem extravasamento de material ou líquido, mantendo a superfície externa limpa;
3. Os materiais perfurocortantes devem ser desprezados em coletores especiais;
4. As roupas sujas devem ser acondicionadas em sacos plásticos especiais, evitando o extravasamento de líquidos e mantendo limpa a superfície externa do saco coletor;
5. O transporte de resíduos sólidos e de roupa suja deve ser feito em carrinhos próprios e fechados.



## **POP 47 - CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS**

**1 - OBJETIVO:** Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida de prateleira do processo de esterilização.

**2 -SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado.
- Tecido de algodão- 7 dias.
- Embalagem Tyvec e papel grau cirúrgico- validade 06 meses.
- Embalagens SMS - validade de 3 meses.
- O tempo de vida de prateleira só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote.
- Disponibilizar etiquetas com identificação do processo e prazo de validade (3 meses para SMS e 06 meses para papel grau cirúrgico e tyvec) a partir da data de preparo.
- Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente, e nas demais embalagens, no último final de semana do mês, retirando os materiais a vencerem em 10 dias e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens.
- Registrar a quantidade total de materiais vencidos na CME para fins estatísticos.
- Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens, integradores, etiquetas).

## **POP 48 - DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS COM ÁCIDO PERACÉTICO**

**1 - OBJETIVO:** Desinfetar artigos semicríticos de assistência ventilatória que possam ser totalmente imersos na solução.

**2 - SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Colocar EPI;
- Utilizar recipientes plásticos com tampa para conter os vapores do desinfetante e em tamanho adequado para a imersão dos materiais. Lavar os recipientes com água e sabão a cada troca da solução;
- Imergir somente materiais limpos e secos em solução desinfetante;
- Proceder a imersão total do produto. Desmontar e desconectar peças removíveis, preencher todas as estruturas ocas e lumens para haver contato do desinfetante com a superfície do material;
- Manter materiais leves imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os mesmos;
- Deixar os produtos na solução desinfetante pelo tempo recomendado pelo fabricante. Cronometrar o tempo a partir da imersão do último item na solução e nesse período não deve ser imerso nenhum material;
- Enxaguar todas as superfícies internas e externas, bem como suas peças removíveis, com grande quantidade de água tratada. Recomenda-se água filtrada com filtro de 0,2 mc. Utilizar nos produtos de assistência ventilatória e endoscópios flexíveis água potável devendo-se proceder a rinsagem dos produtos com álcool a 70%;
- Secar todos os produtos com auxílio de um campo limpo ou descartável macio e sem fiapos. Utilizar pistola de ar para materiais com lúmen, porém evitar usar pressão de ar excessivamente alta em tubulações e canais para evitar danos;
- Registrar o processo de desinfecção, a cada lote, descrevendo o desinfetante utilizado, os horários de imersão e retirada e o profissional executor;

- Embalar os itens desinfetados em sacos plásticos atóxicos selados e colocar em recipientes plásticos com tampa. A data limite de uso será **de 30 dias**;
  - Proceder ao carregamento correto, no caso de limpeza e desinfecção automatizada, de modo a expor o máximo possível os componentes ao agente limpante;
  - Realizar a secagem em secadora automatizada e com jatos de ar sob pressão;
  - Armazenar os produtos para assistência respiratória em condições estritas de ambiente limpo e seco. Estocar os itens de preferência, verticalmente, com o máximo possível de componentes desmontados, em embalagens individuais.
- Optar pela desinfecção com álcool a 70%, após a limpeza mecânica do sensor do analisador de oxigênio, do cabo e da lâmina de laringoscópio. Friccionar toda a superfície do produto por 30 segundos ou com três aplicações sucessivas após a evaporação.

## **POP 49 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRE, PAPAGAIO E FRASCO DE ASPIRAÇÃO**

**1 - OBJETIVO:** Desinfetar artigos que possam ser totalmente imersos no líquido.

**2 - SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI;
- Reunir todo o material necessário;
- Fazer a pré-limpeza da comadre e papagaio marreco e frasco de aspirador móvel quando houver resíduos de fezes ou secreções;
- Lavar com água e detergente enzimático, friccionando com esponja ou escova. Secar com tecido limpo;
- Friccionar álcool a 70% por 30 segundos;
- Embalar os materiais, individualmente em plástico ou outro invólucro limpo;
- Identificar o material com data do processamento e validade.

## POP 50 - DILUIÇÃO E TESTE DA CONCENTRAÇÃO DO ÁCIDO PERACÉTICO

### 1 - OBJETIVO:

Instruir o preparo da solução de Ácido Peracético a 0,2% a partir de uma solução a 5%%;

Avaliar a concentração da solução empregando fitas semiquantitativas específicas.

### 2 -SETOR: CME.

### 3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem.

### 4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com EPI's requeridos à técnica;
- Verificar o volume final desejado;
- Para preparar a solução de Ácido Peracético a 0,2% a partir de uma solução em concentração a 5% (proporção 1:24 = 1 parte do produto para 24 partes de água), seguir a tabela abaixo:

Volume Final	12 litros	24 litros	36 litros
Água inicial	4 litros	8 litros	12 litros
Ácido peracético	480 ml	960 ml	1440 ml
Água final	7520	15040ml	22560 ml

- Colocar a quantidade 1/3 do volume total de água tratada, deionizada ou de osmose reversa na vasilha de preparo conforme o nível já marcado seguindo o quadro acima;
- Utilizar o frasco graduado para medir e colocar o concentrado de Ácido Peracético nos volumes recomendados acima;
- Completar o nível estabelecido como volume final com água tratada, deionizada ou osmose reversa;
- Identificar a vasilha contendo a solução com data, horário, nome e assinatura de quem preparou;

- Fazer validação com fita diariamente para medir a concentração de Ácido Peracético visando verificar a conformidade da concentração;
- Mergulhar a fita no Becker por 01 segundo, levantar e aguardar por 30 segundos +/- 5 segundos para comparar a cor;
- Comparar a cor desenvolvida na fita após 30 segundos com a escala do frasco;
- Registrar a validação diária em impresso próprio;
- Desprezar a solução considerando as recomendações do fabricante: quando a concentração for inferior a estabelecida e quando atingir o prazo máximo de utilização da solução.

## **POP 51 - LEITURA DO TESTE BIOLÓGICO**

### **1 - OBJETIVO:**

Monitorar o processo de esterilização

### **2 -SETOR: CME.**

### **3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem.**

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico diariamente, na primeira carga do dia e em todas as cargas com produtos implantáveis, em pacote desafio disponíveis comercialmente ou construído pela CME;
- Aquecer a incubadora até desaparecer o código C;
- Anotar no rótulo da ampola-teste o número da carga, data e esterilizador (autoclave);
- Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga;
- Retirar a ampola-teste do pacote processado no vapor e deixar resfriar por 10 minutos. Fechar completamente a tampa da ampola exercendo pressão sobre a mesma. Incubar a ampola-teste 1292 (vapor) em até 02 horas após retirar da autoclave;

- Posicionar a ampola-teste inclinando-a (ângulo de 45o) na posição central do compartimento específico. Empurrá-la para frente. A ampola de vidro quebrará no interior da ampola de plástico. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente a tira com bacilo;
- Incubar o indicador biológico nos compartimentos laterais;
- Colocar a ampola-teste em um dos compartimentos e aguardar a luz amarela acender;
- Proceder da mesma forma para uma ampola não processada, para utilizá-la como controle-positivo;
- Observar resultado positivo para a ampola controle, ao final de 3 horas, no qual acenderá uma luz vermelha soando um alarme;
- Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 3 horas, no qual acenderá uma luz verde;
- Observar resultado negativo para a ampola teste, ao final de 24 horas, na autoclave Sterrad com permanência de coloração azul púrpura;
- Observar resultado positivo para a ampola teste, ao final de 24 horas, na autoclave Sterrad com mudança de coloração azul púrpura para amarelo;
- Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros;
- Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado;
- Descartar as ampolas negativas nas caixas de perfuro-cortantes e encaminhar as ampolas controle a Central de Resíduos.

## **POP 52 - PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA E TUBULARES**

### **1 - OBJETIVO:**

- Reduzir carga microbiana;
- Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica;
- Prevenir deterioração;
- Preservar o material;
- Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação;
- Oferecer artigos em perfeitas condições de uso;
- Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

**2 - SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

#### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Usar EPI para manipular instrumentais e demais artigos;
- Deve ser realizada a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento;
- Selecionar solução de limpeza apropriada e diluir a solução de detergente conforme a orientação do fabricante (devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza);
- Desconectar cada acessório (motor, peça de mão, protetor de broca, broca, serra e lâminas) e manter todos em um recipiente lavável próprio para encaminhar à limpeza;
- Realizar o procedimento de limpeza de motores, peças de mão e baterias sem imergi-los em solução ou submetê-los à água corrente. Realizar a limpeza com um tecido macio ou esponja umedecida em solução de detergente enzimático, seguida da aplicação de outro tecido macio e úmido em água potável, até que todo detergente e sujeira tenham sido removidos;
- Imergir as peças dos componentes laváveis em recipiente contendo solução de detergente enzimático na concentração, no tempo e na temperatura recomendados pelo fabricante;
- Lavar todos os acessórios manualmente, tais como lâminas, brocas e serras, com o auxílio de escovas de cerdas macias e firmes com diferentes dimensões;
- Enxaguar abundantemente os acessórios com água corrente potável e secá-los com tecido absorvente que não solte partículas;
- Organizar os acessórios limpos e secos em recipiente já limpo e encaminhá-los à sala de preparo;
- Realizar a inspeção visual para observar a presença de resíduos de sujeira e danos no aparelho e no acessório;
- Lubrificar o equipamento com lubrificante hidrossolúvel e testar a funcionalidade e integralidade dos balões, conectores, manômetros e dispositivos similares;
- Encaminhar a bateria para o carregamento de carga, seguindo o método e a frequência indicada pelo fabricante;
- Esterilizar os motores seguindo o método recomendado pelo fabricante.

## **POP 53 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO**

**1 - OBJETIVO:** Realizar a limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio após cada utilização.

**2 -SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Higienizar as mãos;
- Usar EPI;
- Desmontar todo o conjunto;
- Lavar a lâmina do laringoscópio com esponja macia na solução de água e detergente (não deixar de molho);
- Enxaguar abundantemente com água corrente;
- Secar a lâmina com um campo limpo;
- Friccionar álcool a 70% na lâmina por 30 segundos;
- Limpar o cabo do laringoscópio externamente com um campo umedecido em solução de água e detergente;
- Remover a solução com um pano umedecido em água;
- Secar o cabo com um campo limpo;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;
- Montar o laringoscópio testando seu funcionamento;
- Guardar o laringoscópio desmontado em recipiente limpo e seco com tampa;
- Higienizar as mãos;
- Testar o funcionamento do laringoscópio em cada plantão pela enfermagem;
- Este material não pode ser deixado imerso em soluções;
- Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.



## **POP 54 - LIMPEZA MANUAL DOS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS**

### **1 - OBJETIVO:**

- Reduzir carga microbiana;
- Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica;
- Prevenir deterioração;
- Preservar o material;
- Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação;
- Oferecer artigos em perfeitas condições de uso;
- Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

### **2 - SETOR: CME.**

### **3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem.**

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Usar EPI para manipular instrumentais e demais artigos;
- Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento;
- Fazer a pré-limpeza, aplicando jatos de água para a remoção da sujidade grosseira;
- Selecionar a solução de limpeza apropriada e diluir a solução de detergente conforme a orientação do fabricante (devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza);
- Limpar os instrumentais perfurocortantes separados dos demais;
- Imergir todo o instrumental cirúrgico desmontado, mantendo a solução em contato com o instrumental o tempo determinado pelo fabricante;
- Lavar peça por peça com escova de cerdas firmes e não abrasivas, friccionando o corpo, as articulações e a cremalheira da pinça, na direção das ranhuras, por no mínimo 05 vezes, submersos na solução de detergente;

- Utilizar esponjas não abrasivas somente para friccionar superfícies lisas e extensas como bandejas, bacias e cubas;
- Aplicar jatos de água, por meio de mangueira com bico ou pistolas, para auxiliar na remoção da sujidade de lumens e reentrâncias;
- Enxaguar abundantemente o artigo em água corrente potável e o fazer o enxágue final de produtos para saúde críticos utilizados em cirurgias de implantes ortopédicos, oftalmológicos, cirurgias cardíacas e neurológicas com água purificada;
- Secar cada instrumental com tecido macio, de cor clara que não libere fibras e utilizar jatos de ar comprimido para a secagem de materiais com lumens;
- Inspeccionar criteriosamente a qualidade da limpeza com auxílio de lentes intensificadoras de imagem de no mínimo 08 vezes de aumento e com boa iluminação;
- Lubrificar as articulações do instrumental cirúrgico com lubrificantes próprios, permeáveis ao vapor e com ph neutro;
- Encaminhar o material para sala de preparo.

## **POP 55 - MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVES A VAPOR**

**1 - OBJETIVO:** Fazer com que o vapor penetre em todas as regiões dos pacotes, sem que se formem bolhas de ar.

**2 - SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Utilizar EPI;
- Abrir a autoclave;
- Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- Pegar pacotes que estão sobre a bancada;

- Colocar os pacotes de preferência em cestos para obter melhor distribuição, evitando contato com as paredes da câmara interna;
- Carregar a autoclave;
- Dispor os artigos verticalmente nos racks e não compactá-los;
- Respeitar a distância de 1 cm entre os pacotes;
- Posicionar materiais côncavos (bacia, cuba rim) no sentido vertical ou com a concavidade levemente lateralizada;
- Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara (70 a 80%);
- Registrar em planilha própria, tipo de pacotes e quantidade; Fechar a porta da autoclave;
- Ligar a autoclave;
- Ligar a impressora;
- Não apertar muito os pacotes para ajudar a penetração do vapor;
- Não sobrepor materiais de modo a compactá-los;
- Os pacotes, após um ciclo completo de esterilização, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado;
- Não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação;
- Certificar se os indicadores externos passaram por esterilização;
- Encaminhar material esterilizado para a sala de estocagem e distribuição;
- Evitar esterilizar materiais têxteis e caixas de instrumentos na mesma carga. Se ocorrer, colocar os materiais têxteis na parte superior e os instrumentais na parte inferior;
- Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

## **POP 56 - PREPARO E EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO**

### **1 - OBJETIVO:**

- Manter o material limpo adequado para a esterilização;
- Manter o artigo estéril durante o armazenamento, transporte e manuseio;
- Permitir entrada do agente esterilizante;
- Impedir penetração do agente microbiano;
- Facilitar a abertura e transferência com técnica asséptica.

### **2 -SETOR: CME.**

### **3 - AGENTES: Equipe de Enfermagem.**

## **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

### **INSPEÇÃO**

- Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados (Gorro, máscaras, luvas);
- Inspeccionar os artigos antes do empacotamento com auxílio de lentes intensificadora de imagem de no mínimo 08 vezes para verificar limpeza, integridade e funcionalidade;
- Proceder à conferência do quantitativo específico de cada bandeja de acordo com o catálogo da CME, antes de embalar com o invólucro apropriado.

### **ACONDICIONAMENTO**

- Acondicionar os instrumentais cirúrgicos em caixas de modo que ocupem, no máximo, 80% da capacidade do recipiente;
- Forrar com material absorvente o fundo das caixas como um tapete;
- Utilizar tapetes de silicone para proteger peças delicadas, como microtesouras ou protetores de silicone para a ponta de instrumentos delicados;
- Dispor os instrumentos, desmontados nas caixas cirúrgicas. Na existência de várias unidades do mesmo instrumental, agrupá-los por similaridade;
- Posicionar os itens com concavidade, como, cúpulas, emborcados dentro das caixas;

- Colocar artigos mais pesados no fundo da caixa, os artigos de peso médio na segunda camada e sobre estes os mais leves;
- Colocar indicador químico classe 5 ou 6 no centro geométrico de cada caixa, para recipientes rígidos, coloque o integrador em cantos opostos. Em recipientes com vários níveis, coloque o indicador no centro de cada nível;
- Confirmar que as condições de exposição (temperatura, tempo) suficientes tenham sido alcançadas nos indicadores químicos.

## **EMPACOTAMENTO**

- Selecionar a embalagem (caixas metálicas, Tyvec, SMS, grau cirúrgico ou campo duplo de algodão) de acordo com o processo, o peso, a forma e tamanho do artigo;
- Utilizar embalagem dupla de tecido de algodão. Avaliar a necessidade de utilização de embalagens duplas quando for o papel grau cirúrgico para empacotar os pontiagudos, materiais flexíveis ou de pequenas dimensões.

### **Tecido de algodão**

- Lavar o tecido antes do primeiro uso, para retirar o amido;
- Estabelecer o número máximo de reprocessamentos em cada instituição hospitalar;
- Desprezar os campos cirúrgicos que apresentarem remendos, perfurações e cerzimentos.

### **Papel Grau Cirúrgico**

- Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem;
- Realizar o ajuste perfeito das embalagens duplas, a embalagem interna deve ser em tamanho menor evitando-se dobras internas e sobras;
- Colocar os itens embalados com concavidade voltadas para o papel. Colocar os pacotes nos cestos ou carros de rack e arrumá-los nas autoclaves. Colocar na montagem das cargas o papel em contato com o papel e o plástico com o plástico para facilitar a difusão do agente esterilizante.

### **Caixas Metálicas**

- Utilizar caixas metálicas perfuradas e recobertas com embalagens permeáveis na esterilização por vapor;

### **Não tecido (SMS), conhecido como manta de polipropileno**

- Escolher a gramatura adequada do SMS, de acordo com o peso e a conformação do material a ser embalado.

### **Tyvec**

Dar preferência para a embalagem tyvec com filme em uma das faces e impregnado com indicador químico de exposição;

Regular a termosselagem numa temperatura inferior à do papel grau cirúrgico.

### **SELAGEM E FECHAMENTO DOS PACOTES**

- Obedecer a largura total de 6mm, na selagem térmica, podendo ser em linha simples, dupla ou até tripla e distante 3 cm da borda e do material;
- Observar a termosselagem que deve ser livre de fissuras, rugas ou delaminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote;
- Utilizar fita adesiva impregnada com tinta termocrômica (fita zebrada), com largura de pelo menos 03 listras como indicador químico classe I, de exposição, no fechamento de pacotes de algodão tecido, SMS e papel crepado.

### **IDENTIFICAÇÃO**

- Identificar internamente a caixa com o nome, quantidade de instrumentos, data (dia, mês e ano) e nome do colaborador responsável pelo preparo, em fita adesiva não zebrada;
- Identificar todas as embalagens externamente com uma fita adesiva ou etiqueta contendo as seguintes informações: nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo.

### **Técnica de envelope:**

- Colocar o campo em posição diagonal sobre a bancada, colocando o material no centro do campo;
- Pegar a ponta voltada para o operador e cobrir o material, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Repetir o procedimento com a outra lateral.

### **POP 57 - TESTE DE BOWIE E DICK**

**1 - OBJETIVO:** Verificar a remoção do ar nas autoclaves com pré-vácuo e garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais.

**2 -SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **CONFECÇÃO DO PACOTE MANUAL CONFORME PADRÃO AAMI**

- Lavar as mãos;
- Utilizar EPI;
- Preparar Pacote Teste com campos cirúrgicos, 100% algodão, 39 cm X 61 cm, dobrados, limpos, recentemente lavados e não calandrados ou passados a ferro;
- Dobrá-los de maneira uniforme em camadas, colocando-os um sobre o outro formando uma pilha de 25 a 28 cm de altura, 30 cm de comprimento e 23 cm de altura.
- Colocar a folha teste no centro geométrico do pacote;
- Embalar frouxamente o pacote em campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva;
- A quantidade de campos dependerá da altura do pacote. O Pacote deve pesar em torno de 4 quilos;
- Identificar o teste com nome, data e número do esterilizador;
- Utilizar indicador químico externo no pacote (fita-teste);
- Colocar o pacote no rack do esterilizador, horizontalmente e de forma que o centro do pacote fique de 10 cm a 20 cm sobre o dreno da autoclave;

- Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave. Registrar o teste em impresso próprio conforme rotina da instituição;
- Após o término do ciclo, abrir o pacote, retirar a folha e observar a mudança uniforme de cor na folha teste. A não uniformidade da cor do indicador no centro do teste indica presença de ar residual na câmara interna, evidenciando uma falha na autoclave. Neste caso o esterilizador deverá ser interditado e avaliado pelo técnico responsável;
- Identificar na folha do teste a data, hora, o número da autoclave, operador que realizou o teste e o resultado, arquivando este documento conforme rotina da instituição.

#### **PACOTE TESTE PRONTO USO**

- Seguir as recomendações a partir da colocação do teste no rack caso o pacote teste de Bowie & Dick pronto uso seja utilizado pela instituição.
- Checar no manual do fabricante se o equipamento (autoclave) é de origem europeia ou americana antes de decidir o tipo de pacote Bowie e Dick que será utilizado em sua autoclave (se teste Bowie e Dick padrão AAMI ou Norma europeia).

#### **POP 58 - PROCESSAMENTO DE ESPONJAS E ESCOVAS DA CME**

**1 - OBJETIVO:** Proporcionar efetiva ação mecânica no processo de limpeza manual.

**2 - SETOR:** CME.

**3 - AGENTES:** Equipe de Enfermagem.

#### **4 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

##### **CONFECÇÃO DO PACOTE MANUAL CONFORME PADRÃO AAMI**

- Inspecionar as escovas e esponjas diariamente substituindo-as quando perderem suas características necessárias para a ação limpadora (atrito para a remoção da sujidade);
- Limpar e secar as esponjas e escovas a cada uso para manter as condições higiênicas;
- Realizar ao final de cada plantão a esterilização das escovas termorresistentes. Caso sejam termossensíveis realizar a desinfecção com ácido peracético;
- As esponjas devem ser trocadas a cada plantão de 24 horas e as escovas quando perderem sua ação limpadora.



#### 4.7.2.4 Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

LISTAGEM	
Procedimentos Operacionais Padrão – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar	
<b>POP 01</b>	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
<b>POP 02</b>	PRECAUÇÕES PADRÃO
<b>POP 03</b>	PRECAUÇÃO DE CONTATO
<b>POP 04</b>	PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR GOTÍCULAS
<b>POP 05</b>	PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR AEROSSÓIS
<b>POP 06</b>	TUBERCULOSE PULMONAR
<b>POP 07</b>	UTILIZAÇÃO MÁSCARA N95
<b>POP 08</b>	MICRO-ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES
<b>POP 09</b>	PROTOCOLO PARA CONTROLE DE MRSA
<b>POP 10</b>	MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETER VASCULAR CENTRAL PERIFÉRICO
<b>POP 11</b>	MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADO AO USO DE CATETER VESICAL
<b>POP 12</b>	MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA
<b>POP 13</b>	MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO – ISC
<b>POP 14</b>	PROFILAXIAS
<b>POP 15</b>	TRATAMENTOS
<b>POP 16</b>	CONDUTA FRENTE A ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO
<b>POP 17</b>	ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DE FERIDAS VISANDO A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES
<b>POP 18</b>	ROTINA DE TROCA DE DISPOSITIVOS

## **POP 01 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

### **Higienização das Mãos**

A higienização das mãos é como uma medida básica e muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Ela é um dos pilares na prevenção e no controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo infecções por microrganismos multirresistentes, decorrente da transmissão cruzada através das mãos dos profissionais de saúde. **Portanto a segurança do paciente nesses serviços depende da higienização cuidadosa e frequente de nossas mãos.**

### **Produtos que podemos utilizar para higienização:**

- Água e sabão líquido;
- Álcool 70%;
- Álcool gel 70%.

### **QUEM DEVE HIGIENIZAR AS MÃOS?**

Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com pacientes, manipulação de medicamentos, alimentos e materiais estéreis ou contaminados.

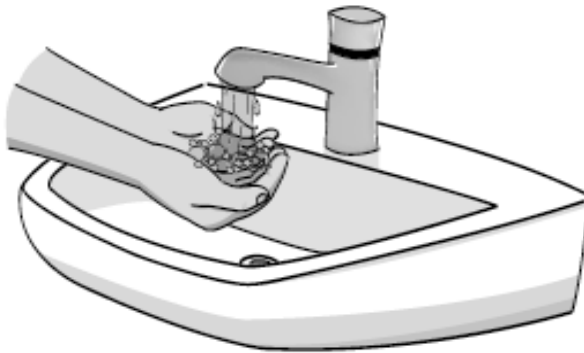
### **QUANDO DEVO USAR ÁGUA E SABÃO?**

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais;
- Ao iniciar o turno de trabalho;
- Após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes do preparo de alimentos;
- Antes do preparo e manipulação de medicamentos.

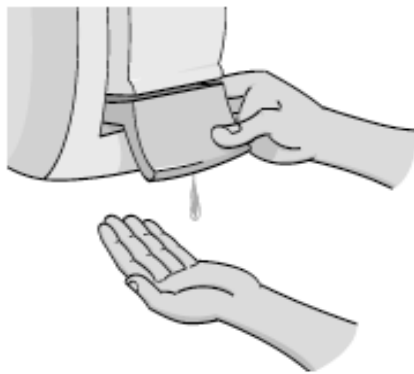
**Recomenda-se o uso de sabão líquido, tipo refil, devido ao menor risco de contaminação do produto.**

- ✓ **Duração do procedimento deve ser de 30 a 40 segundos.**

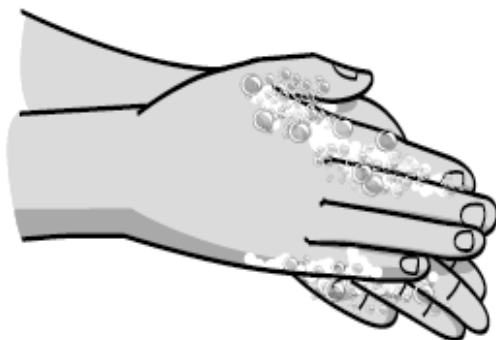
- 1 Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.



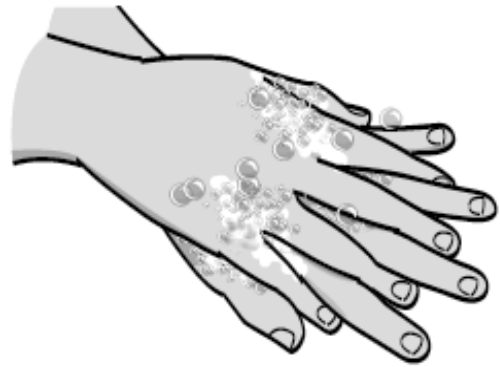
- 2 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



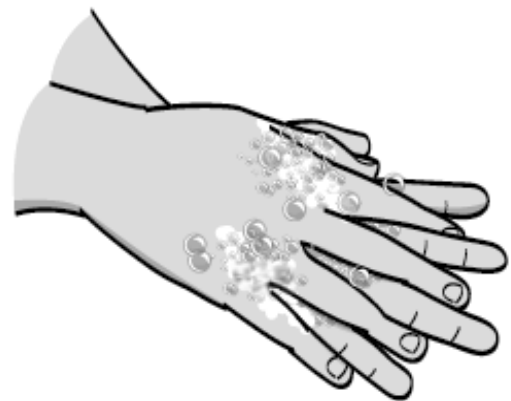
- 3 Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



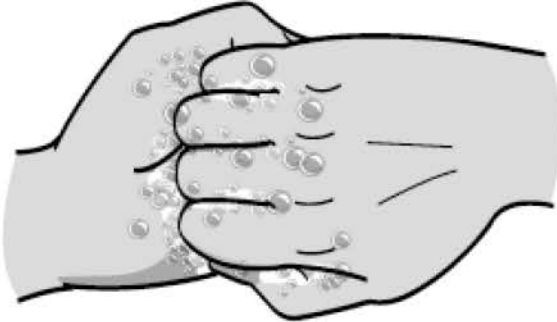
- 4 Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



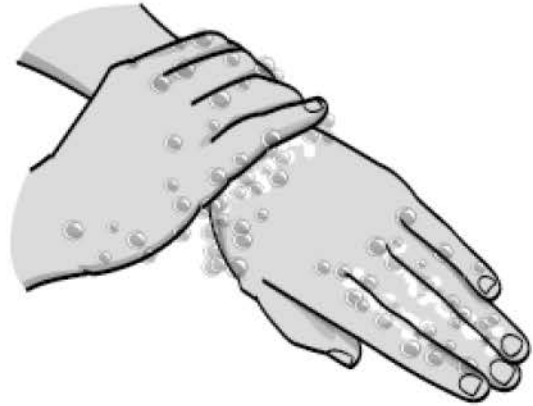
- 5 Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



- 6 Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa



- 9 Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.



- 7 Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.



- 10 Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



- 8 Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



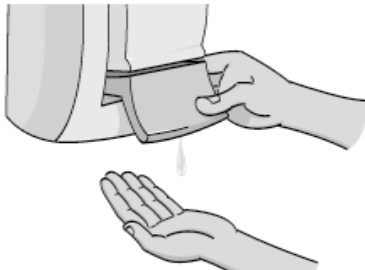
- 11 Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



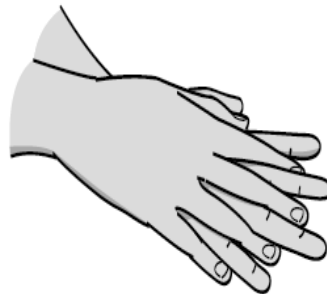
## QUANDO DEVO USAR SOLUÇÃO ALCOÓLICA (ÁLCOOL GEL)?

- Antes e após o contato com o paciente;
- Após remoção das luvas;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, durante o cuidado do paciente;
- Após contato com objetos e superfícies próximas ao paciente.

1 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



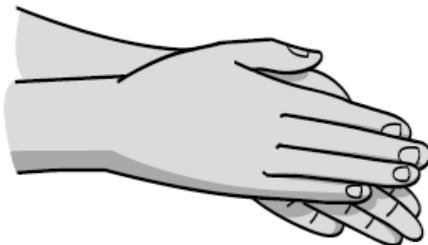
4 Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



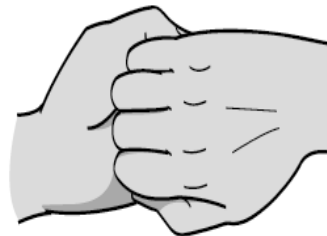
7 Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa.



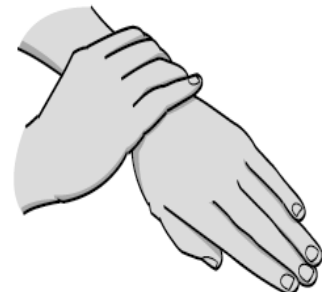
2 Friccionar as palmas das mãos entre si.



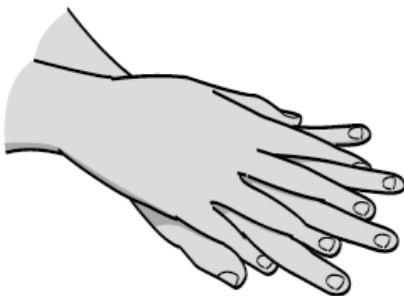
5 Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa.



8 Friccionar os punhos com movimentos circulares.



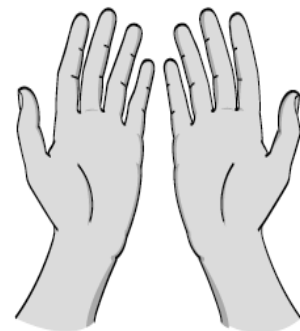
3 Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



6 Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.



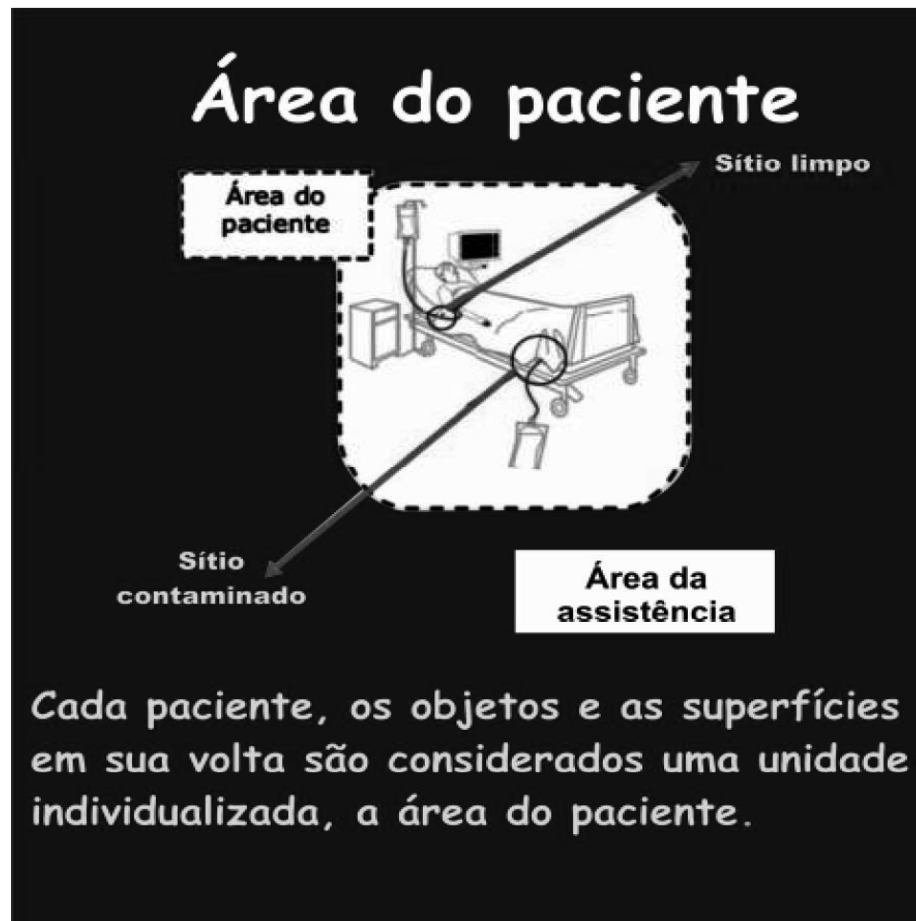
9 Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha



## Área do paciente

É composta por:

Cada paciente, os objetos e as superfícies em sua volta devem ser considerados como uma unidade individualizada, a área do paciente.



## **ORIENTAÇÕES DO SCIH PARA O USO DE LUVAS:**

- Utilize luvas antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membranas mucosas, pele não íntegra e outros materiais potencialmente infectantes;
- Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Troque de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada;
- Nunca toque superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas;
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos.

Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos, abaixo descrita:

- Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
- Segure a luva removida com a mão enluvada;
- Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva;
- Descarte as luvas em lixeira apropriada.

### **Indicações do uso de luvas estéreis**

- Qualquer procedimento cirúrgico;
- Procedimentos invasivos;
- Realização de acessos e procedimentos vasculares (vias centrais);
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças;
- Evite o uso de esmaltes nas unhas;
- Evite utilizar anéis, pulseiras e outros adornos.

Aplique creme hidratante nas mãos (uso individual), diariamente, para evitar ressecamento na pele.

## POP 02 – PRECAUÇÕES PADRÃO

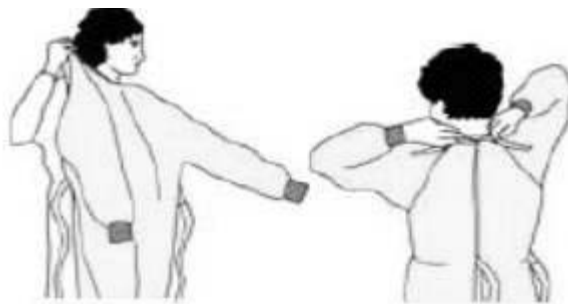
### Precauções Padrão

Aplicar em todas as situações de atendimento a pacientes, independente de suspeita de doença transmissível, para prevenir a transmissão de microrganismos inclusive quando a fonte é desconhecida.

### **Equipamento de Proteção Individual (EPI)**

Sequência de paramentação:

#### 1. Avental



#### 2) Máscara



#### 3) Óculos de proteção



#### 4) Luvas

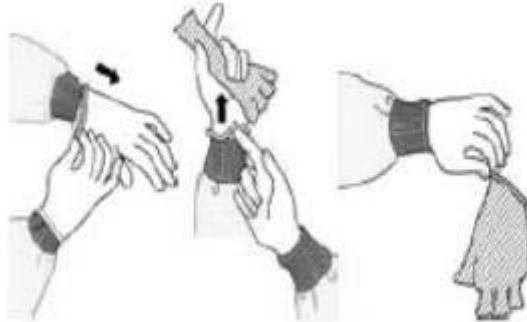




## Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Sequência de retirada paramentação:

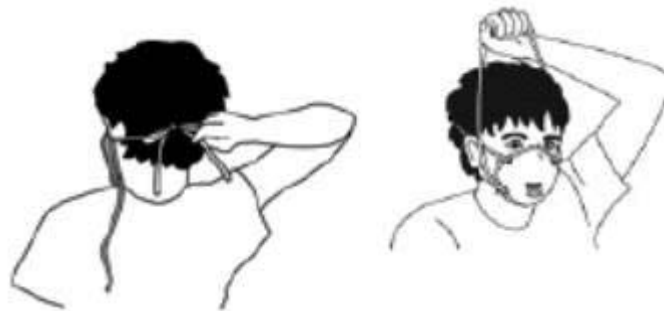
### 1) Luvas



### 2) Óculos de Proteção



### 3) Máscara



### 4) Avental



# PRECAUÇÕES PADRÃO

## Aplique para todos os pacientes



**Antes e após contato  
com o paciente**



**Ao contato com  
sangue e secreções**



**Se risco  
de respingos**



**Descarte  
adequado**

**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

## POP 03 – PRECAUÇÃO DE CONTATO

### Precaução de Contato

Para pacientes que possam estar colonizados ou infectados por microrganismos epidemiologicamente importantes possíveis de serem transmitidos por contato direto com o paciente ou indireto (superfícies e itens usados no cuidado ao paciente).

Consiste:

- Quanto privativo ou com pacientes com a mesma doença;
- Luvas (não estéreis) quando entrar no quarto do paciente. Devendo ser retiradas ao sair do quarto, desprezando-as em local adequado;
- Avental limpo, não estéril, se contato antecipado com paciente que possa estar significativamente contaminando o ambiente, paciente incontinentes, diarreia, ileostomia colostomia e ferida com secreção abundante ou não contida em curativo;
- Limitar o máximo possível à movimentação e transporte dos pacientes.

***Sempre que possível o uso de materiais não críticos tais como estetoscópio, esfigmomanômetro ou camada ao lado do paciente devem ser usadas exclusivamente para um único paciente; caso contrário fazer adequada desinfecção do mesmo antes de usas em outro paciente.***



**PRECAUÇÕES DE CONTATO**

**Quarto Privativo**      **Uso individual**      **Uso de luvas e avental se contato com o paciente**      **Secreções contidas durante o transporte**

**Solicite orientação da enfermagem**

**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

## POP 04 – PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR GOTÍCULAS

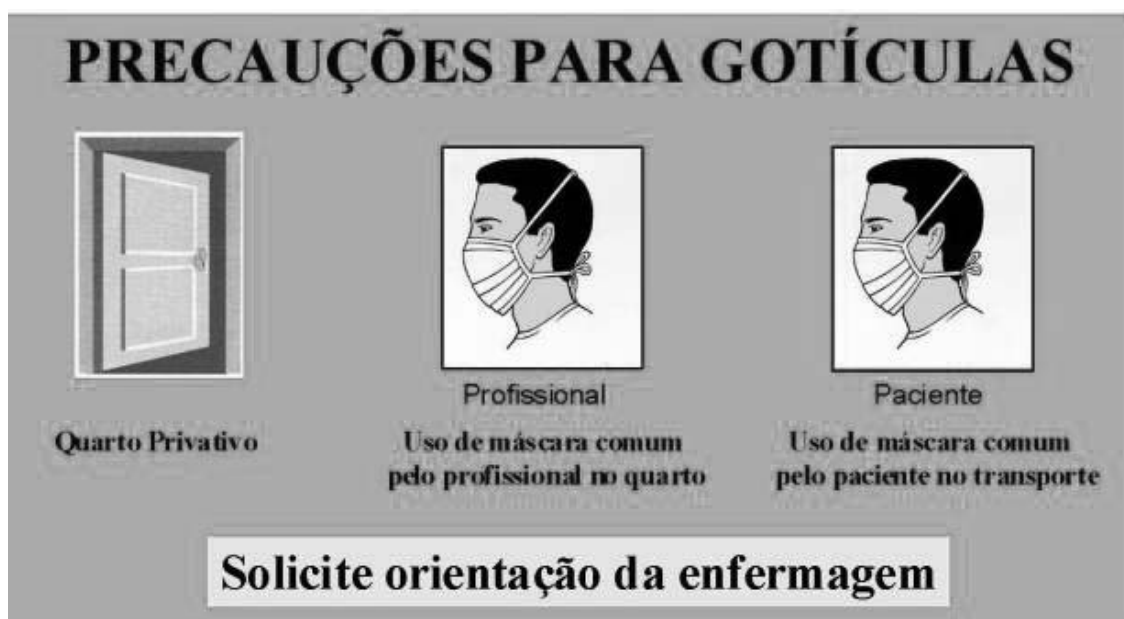
### Precauções Respiratórias por Gotículas

Visam prevenir a disseminação de infecções de transmissão respiratória por gotículas.

A transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. Gotículas de tamanho considerado grande (>5 micras) são eliminadas durante a fala, respiração, tosse, e procedimentos como aspiração. Atingem até um metro de distância, e rapidamente se depositam no chão, cessando a transmissão. Portanto, a transmissão não ocorre em distâncias maiores, nem por períodos prolongados. Exemplos de doenças transmitidas por gotículas: Doença Meningocócica e Rubéola.

### **Precauções respiratórias para gotículas:**

- Obrigatório. Individual, ou comum para pacientes portadores do mesmo microrganismo.
- É obrigatório o uso de máscara comum (tipo cirúrgica) para todas as pessoas que entrarem no quarto. Deve ser desprezada na saída do quarto.
- Deve ser evitado. Quando for necessário, o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara comum (tipo cirúrgica).



**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

## POP 05 – PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR AEROSSÓIS

### Precauções Respiratórias por Aerossóis

**Visam prevenir a disseminação de infecções de transmissão respiratória por aerossóis.**

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, a fala ou a tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carregados por corrente de ar). Poucos micro-organismos são capazes de sobreviver nestas partículas, podendo ser citados como exemplo: *M. tuberculosis*, Vírus do Sarampo e Vírus Varicela-Zoster.

#### **Quarto Privativo:**

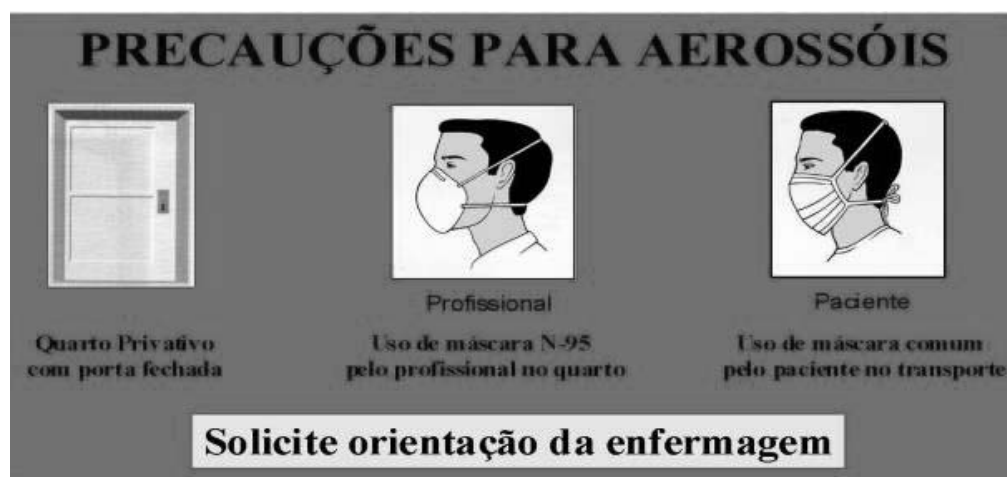
- Obrigatório, com porta fechada;
- Preferencialmente deverá dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e filtro de alta eficácia.

#### **Máscara:**

- É obrigatório o uso de máscara tipo PFF2 – Peça Facial Filtrante II (Máscara N95) por todo profissional que prestar assistência ao paciente;
- Deve ser colocada antes de entrar no quarto e retirada somente após a saída, podendo ser reaproveitada pelo mesmo profissional enquanto não estiver danificada.

#### **Transporte do Paciente:**

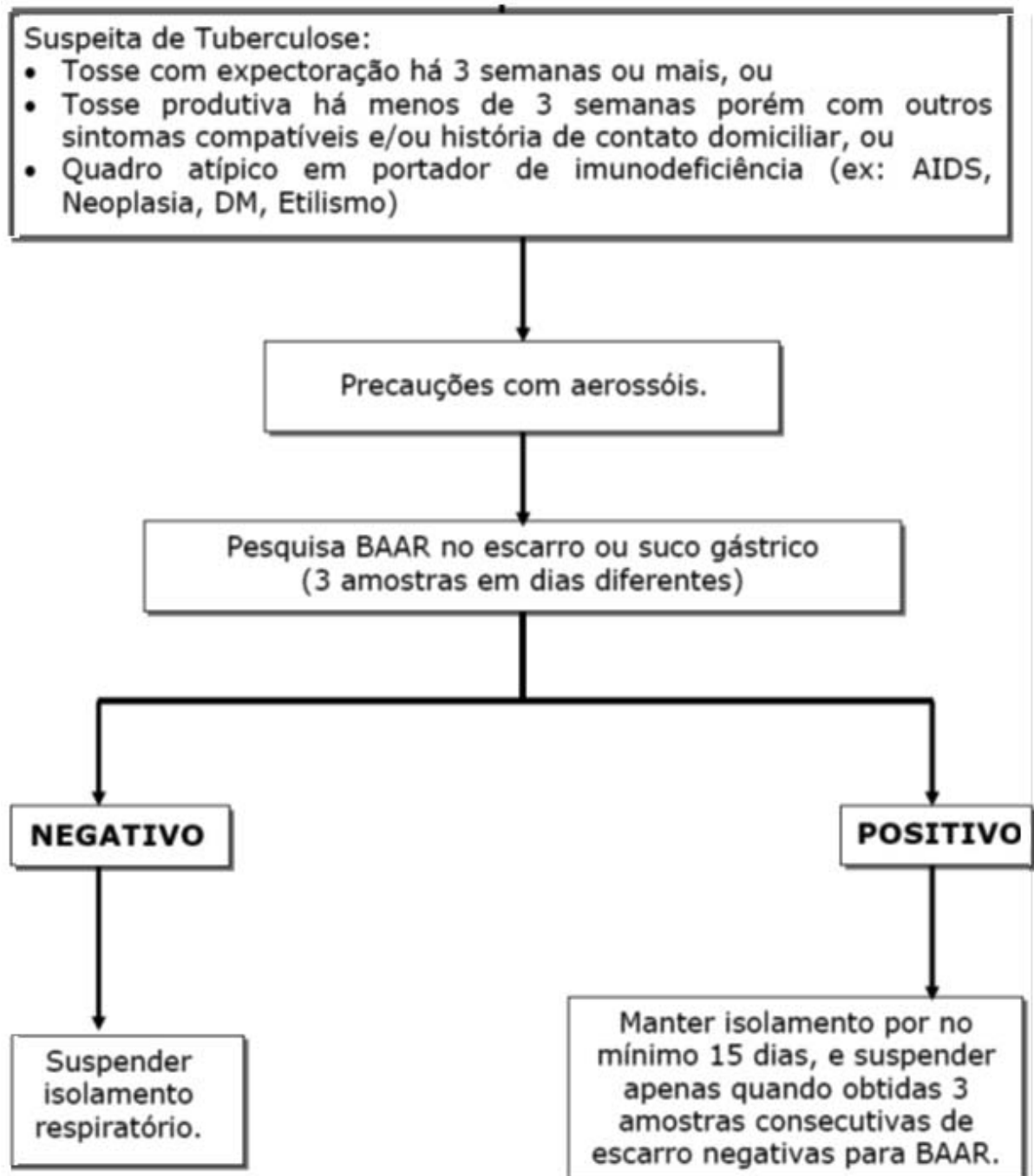
- Deve ser evitado;
- Quando for necessário, o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara comum (tipo cirúrgica).



**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

## POP 06 – TUBERCULOSE PULMONAR

### Tuberculose Pulmonar



## POP 07 – UTILIZAÇÃO MÁSCARA N95

### Utilização Máscara N95

#### **Fazer solicitação individual e nominal para o funcionário que necessita do EPI:**

- Realizar distribuição mediante solicitação do responsável pelo setor e solicitar ao profissional que assine o recebimento da mesma;
- Entregar ao profissional orientação escrita de utilização do EPI (anexo);
- Utilizar a máscara adequadamente, respeitando as orientações recebidas sobre conservação e validade da mesma.

Sempre que houver necessidade de uma nova máscara, a chefia de setor fará uma solicitação e o profissional devolverá a máscara anterior quando for retirar a nova.

### A Máscara N95:

- Constitui um importante EPI (Equipamento de Proteção Individual);
- **Não são descartáveis** e seu uso é individual;
- Cada profissional é responsável pela correta utilização e pelo armazenamento da sua máscara;
- Não há prazo programado ou previsto para validade das máscaras em utilização;
- Devem ser utilizadas enquanto o profissional estiver conseguindo respirar sem dificuldade;
- Para aumentar a vida útil, elas devem ser acondicionadas, após o uso, em papel toalha ou saco de papel, jamais em plástico;
- Devem ser armazenadas em local seco;
- Só devem ser utilizadas quando houver indicação para **precaução respiratória para aerossóis**. Ex.: Tuberculose e Varicela.

**Obs.:** Meningite é uma patologia com indicação para **precaução respiratória por gotículas**, portanto o EPI indicado é a máscara cirúrgica.

## POP 08 – MICRO-ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

### Micro-organismos Multirresistentes

A infecção hospitalar por bactéria multirresistente pode causar ao paciente pior prognóstico, internação prolongada, uso de mais antibióticos, entre outras complicações. Portanto, é indicado empenho máximo para prevenção da transmissão dessas bactérias entre os pacientes, sendo extremamente importante:

Higienizar as mãos ao atender qualquer paciente;

Seguir precauções de contato ao atender os portadores de bactérias multirresistentes. Quando a bactéria multirresistente está colonizando um único paciente, as precauções de contato são suficientes para conter a disseminação. Mas às vezes a bactéria é endêmica na unidade, podendo voltar a aparecer em outro paciente algum tempo depois. Isso ocorre porque há diversos “reservatórios” da bactéria que são de difícil identificação (exemplo: outros pacientes). Nesses casos, nosso empenho visa diminuir a incidência da bactéria entre os pacientes, ainda que ela não seja definitivamente eliminada da unidade de internação.

### **BACTÉRIAS QUE EXIGEM PRECAUÇÕES DE CONTATO**

O padrão de sensibilidade das bactérias varia entre os hospitais, entre as diversas unidades de internação de um mesmo hospital e também varia em uma mesma unidade de um momento para outro. A tabela abaixo define as bactérias que indicam precauções de contato em cada área do **CHRDJC**.

Essa definição é revista periodicamente pela CCIH.

Bactéria	CM. CC, UTI-ADULTO
Staphylococcus aureus	Vancomicina - R
Pseudomonas aeruginosa	Ceftazidima – R ou ciprofloxacina – R ou imipenem -R
Acinetobacter baumannii	Ceftazidima – R
Klebsiella sp, Enterobacter sp, Serratia sp, E. Coli	ESBL ou cefalosporina III-R ou ciprofloxacina – R ou KPC
Enterococcus sp	Vancomicina – R



## TEMPO DE ISOLAMENTO

Até a alta do paciente.

### Por quê?

Mesmo pacientes que recebem antibiótico permanecem colonizados após a cura da infecção, podendo transmitir a bactéria para outros pacientes através das mãos dos profissionais.

### O tempo de isolamento pode ser encurtado?

Pode, em alguns casos, mas não deve ser tomado como rotina. Caso haja previsão de estadia muito prolongada do paciente, o caso deverá ser avaliado pela CCIH a fim de verificar possibilidade de suspender o isolamento antes da alta (obs: essa concessão não poderá ser feita a portadores de enterococo vancomicina-R).

### Quais os critérios para encurtar o isolamento?

Duas culturas negativas consecutivas, com intervalo de uma semana, em dois materiais:

1. Outro material em que a bactéria é geralmente encontrada (tabela).
2. O material em que foi inicialmente isolada a bactéria.

OBS: Não realizar com essa finalidade culturas invasivas (ex: hemocultura, líquido, líquidos cavitários, lavado bronco-alveolar).

### Quando começar a colher essas culturas, se necessárias?

- Apenas após a suspensão dos antibióticos, para os pacientes considerados infectados.
- No mínimo 3 semanas após a primeira cultura, para os pacientes que não receberam tratamento para infecção pela bactéria multi-R (colonizados).

Bactéria	Material recomendado
Staphylococcus aureus	Pele e secreção
Pseudomonas aeruginosa	Secreção traqueal, orofaringe
Acinetobacter baumannii	Secreção traqueal, orofaringe
Klebsiella sp, Enterobacter sp, Serratia sp, E. Coli	Cultura retal, secreção traqueal, orofaringe
Enterococcus sp	Cultura retal, ou fezes

## PACIENTES TRANSFERIDOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES

Pacientes transferidos de outras instituições podem estar colonizados por bactérias multirresistentes que, se forem introduzidas no hospital, podem propiciar transmissão cruzada entre os pacientes e até surtos.

Portanto, estão recomendadas as seguintes medidas preventivas:

1. Seguir as recomendações abaixo para:

- Pacientes institucionalizados acamados;
- Pacientes transferidos de outros hospitais e em Home care.

2. Manter o paciente sob **precauções de contato** (preferencialmente em quarto privativo) desde a admissão.

3. Colher na admissão culturas de vigilância dos seguintes materiais:

- Urina;
- Swab nasal para pesquisa de MRSA e VRE;
- Pele (umedecer o swab com soro fisiológico estéril e passar nas dobras);
- Secreção traqueal (quando paciente entubado ou traqueostomizado);
- Secreção de úlceras por pressão, de ferida cirúrgica e de outras lesões visíveis na pele;
- Swab retal para pesquisa de enterococo vancomicina-R.

4. Após resultados das culturas de vigilância, manter precauções de contato se forem detectadas bactérias multirresistentes. Caso contrário, manter apenas precauções padrão.

### OBSERVAÇÕES:

- Culturas cuja coleta é invasiva (exemplo: hemocultura) são indicadas **apenas** a critério clínico, quando existe suspeita de infecção, e não devem ser colhidas com a finalidade de vigilância.
- Não devem ser trocados cateteres centrais e sondas, a não ser que se verifiquem infecções associadas a esses dispositivos (exemplo: secreção visível no local de inserção do cateter).

## **POP 09 – PROTOCOLO PARA CONTROLE DE MRSA**

### **Protocolo para Controle de MRSA**

#### **ROTINA DE MRSA**

São considerados de risco para colonização:

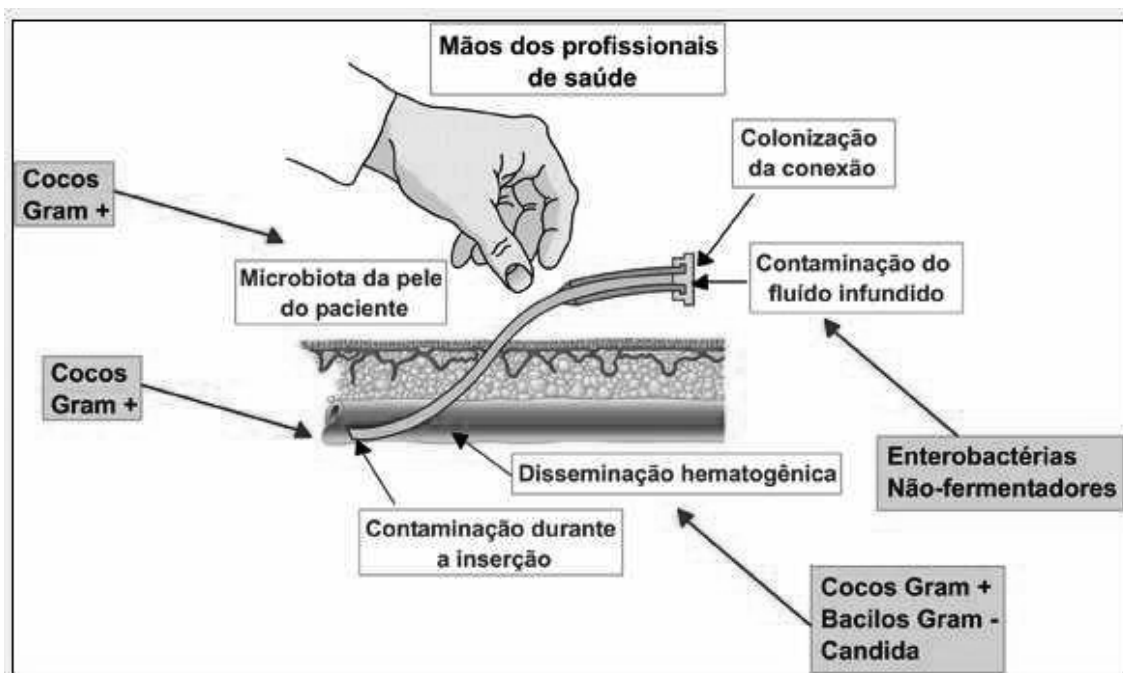
- Os pacientes em esquema dialítico;
- Os usuários de drogas venosas;
- Os diabéticos insulino-dependentes;
- Os pacientes provenientes de unidades de queimados;
- Os portadores de doença dermatológica extensa;
- Os com tempo de internação prolongada (mais de 7 dias);
- Os idosos (>65 anos, principalmente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

**PRECAUÇÕES RECOMENDADAS DE ACORDO COM O AGENTE ETIOLÓGICO,  
DOENÇAS OU CONDIÇÃO**

<b>Precauções para:</b>	<b>Condição clínica</b>	<b>Possibilidade diagnóstica</b>
Aerossóis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exantema vesicular*.</li> <li>• Exantema máculo-papular com febre e coriza.</li> <li>• Tosse, febre, infiltrado pulmonar em paciente HIV+.</li> </ul>	<p>Varicela, Herpes Zoster disseminado</p> <p>Rubéola, Sarampo</p> <p>Tuberculose</p>
Gotículas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningite.</li> <li>• Petéquias e febre.</li> <li>• Tosse persistente paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de Coqueluche.</li> </ul>	<p>D. Meningocócica</p> <p>D. Meningocócica</p> <p>Coqueluche</p>
Contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarréia aguda infecciosa em paciente incontinente ou em uso de fralda.</li> <li>• Diarréia em adulto com história de uso recente de antimicrobiano.</li> <li>• Exantema vesicular*.</li> <li>• Bronquiolite em lactentes e crianças jovens.</li> <li>• História de colonização ou infecção por bactéria multi-R.</li> <li>• Internação recente em outro hospital ou instituição de longa permanência.</li> <li>• Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo.</li> </ul>	<p>Bactérias ou vírus entéricos</p> <p><i>Clostridium difficile</i></p> <p>Varicela, Herpes Zoster disseminado</p> <p>VRS, Vírus Parainfluenza, Metapneumovírus</p> <p>Bactéria multi-R</p> <p>Bactéria multi-R</p> <p><i>Staphylococcus/ Streptococcus</i></p>

## POP 10 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A CATÉTER VASCULAR CENTRAL PERIFÉRICO

### Medidas de Prevenção de Infecção Associada a Catéter Vascular Central e Periférico



#### OBJETIVO:

Prevenir a contaminação de dispositivos venosos centrais, bem como a ocorrência de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter intravascular.

### ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETER VASCULAR

#### 1. Local de inserção:

Cateter periférico: preferencialmente membros superiores.

Cateter Venoso Central (CVC) – optar pelo sítio de menor risco para infecção:

- 1º subclávia;
- 2º jugular;
- 3º femoral.

## 2. Técnica asséptica de inserção:

- Cateter periférico: higienização das mãos com água e sabão, seguida de álcool 70%, luvas novas não estéreis, ou luvas estéreis;
- CVC: higienização das mãos com antisséptico; uso de paramentação completa (gorro, máscara, luvas estéreis, capote estéril manga longa e campos estéreis). Antissepsia ampla e centrifuga do sítio de inserção com povidine-iodo alcoólico 10% ou clorexidina alcoólica 0,5%, ou álcool 70%. Deixar secar espontaneamente (se usar povidine-iodo, esperar no mínimo 2 minutos para secagem);
- Realizar o procedimento sob técnica asséptica, cobrindo toda a superfície corpórea do paciente com campos estéreis grandes;
- Após o procedimento, ocluir o local de inserção com curativo simples de gaze estéril;
- Curativo transparente poroso ou gaze pode ser colocado após 24 horas da inserção, se não houver extravasamento de sangue;
- Curativo do CVC;
- Trocar o curativo sempre que estiver úmido, sujo ou solto, a cada 24 a 48 horas, após o banho;
- Lavar as mãos antes de trocar o curativo;
- Utilizar luvas estéreis ou pacote de curativo com pinças para garantir técnica asséptica nos curativos de CVC;
- Limpar o local com antisséptico (PVPI 10% ou clorexidina alcoólica ou álcool 70%) e ocluir com gaze estéril;
- Fazer antissepsia do dispositivo de conexão (“torneirinha” ou Polifix) com álcool 70% antes de qualquer manipulação (ex: administrar medicamento);
- Administrar NPP/T por cateter de lúmen único, exclusivo para esse fim. Se utilizado cateter de múltiplos lúmens, reservar para NPP a via mais longa (distal);
- Sacar o cateter se apresentar secreção ou sinais flogísticos no local de inserção, e mandar ponta para cultura;
- Trocado catéter periférico a cada 72h em adultos.

### 3. Troca do Equipo:

- A cada 72h;
- Quando houver infusão de sangue, hemoderivados e soluções lipídicas, trocar o equipo no térmico de cada infusão;
- Quando houver infusão de propofol, trocar o equipo a cada 6 ou 12 h, seguindo as recomendações do fabricante.

### 4. Medidas de prevenção associadas ao PAS:

- Treinamento adequado do pessoal de saúde no manuseio de cateteres;
- Vigilância epidemiológica constante na procura de sinais inflamatórios ou infecciosos locais. Caso sejam observadas algumas destas características, retirar prontamente o cateter;
- Lavagem das mãos com produtos antissépticos ou mesmo com sabão comum;
- Limpeza adequada da pele com uso de antissépticos apropriados (álcool a 70%, iodopovidine a 10% em solução alcoólica ou tintura de iodo a 2% ou clorexidina a 0,5% em solução alcoólica), antes da introdução do cateter periférico;
- Troca de cateter periférico usado para administrar sangue e seus derivados ou soluções lipídicas nas 24 horas seguintes a infusão;
- Checar o frasco e as características das soluções parenterais quanto à turvação, vazamentos, rachaduras e partículas sobrenadantes, além do prazo de validade;
- Manter pessoal treinado para a introdução e manutenção de dispositivos intravasculares;
- Em adultos, usar preferencialmente os cateteres em extremidades superiores;
- Em adultos, fazer troca de cateter venoso periférico a cada 48 a 72 horas para minimizar o risco de flebites;
- Em pacientes pediátricos, não há recomendação quanto a remoção precoce do cateter periférico;
- Trocar o cateter arterial pulmonar a cada cinco dias;

Não usar fio-guia para a troca de cateter quando houver sinais de infecção no mesmo. Neste caso, inserir o novo cateter em outro local.

## **POP 11 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADO AO USO DE CATETER VESICAL**

### **Medidas de Prevenção de Infecção do trato Urinário (ITU) Associado ao Uso de Catéter Vesical**

#### **OBJETIVOS:**

- Nortear medidas para prevenção e diminuição da incidência de infecções urinárias associadas ao uso de cateteres vesicais.
- Avaliar a necessidade real da cateterização e retirar o cateter vesical o mais precocemente possível.

#### **Indicação criteriosa do cateterismo;**

*Sistema coletor fechado.*

Precaução padrão.

Treinamento da equipe (técnica asséptica).

Manipulação com técnica asséptica ↔ Lavagem das mãos e uso de luvas.

Trocar todo o sistema em caso de contaminação.

Monitorar a presença de bactérias multiresistentes na urina de pacientes sondados e com alterações clínicas.

Cuidados com a manutenção do cateter: higiene diária da região perineal; esvaziar bolsa coletora regularmente.

Procurar outras alternativas para evitar a cateterização vesical de demora e remover o mais rápido possível.

- Chance diária de 3 a 10% de bacteriúria com a cateterização.
- Não recomendado antibiótico profilático para cateterização de demora.
- Urina coletada para exames deve ser encaminhada ao laboratório rapidamente, devendo ser semeada no meio de cultura dentro de 1h a partir da coleta.
- Condom - colocar com o tamanho correspondente para o paciente. Trocá-lo diariamente e sempre que necessário, bem como a conexão e o saco coletor.



## **Cateterização vesical de demora orientações para sua realização.**

### **Etapas:**

- 1) Lavar as mãos com água e sabão;
- 2) Usar máscara, avental e luvas de procedimento;
- 3) Realizar a higiene íntima do paciente com água e sabão, mesmo que ele tenha acabado de tomar banho;
- 4) Retirar as luvas utilizadas na higiene do paciente;
- 5) Lavar as mãos e fazer sua antissepsia com álcool a 70%;
- 6) Abrir a bandeja de cateterismo;
- 7) Calçar luvas estéreis;
- 8) Testar o balão do cateter vesical;
- 9) Conectar a sonda ao sistema coletor fechado;
- 10) Lubrificar o cateter vesical com vaselina estéril ou xilocaína estéril de uso único;
- 11) Fazer a antissepsia local com solução de PVPI tópico, iniciando pelo meato urinário e partindo em seguida para os pequenos e grandes lábios (paciente feminino). Em caso de paciente masculino, iniciar pelo meato urinário, seguindo da glândula e do corpo do pênis no sentido de glândula e raiz peniana, retirando o excesso de PVPI com gaze seca. Pacientes alérgicos usar clorexidina aquosa;
- 12) Colocar campo fenestrado com abertura lateral;
- 13) Introduzir o cateter vesical com a mão dominante;
- 14) Colocar água destilada no balonete;
- 15) Retirar o campo; sem violar o sistema de drenagem fechada;
- 16) Fixar o cateter com esparadrapo na coxa do paciente (feminino) e na região suprapúbica (masculino), tendo o cuidado de não o deixar tracionado;
- 17) Colocar a data, hora e assinatura no esparadrapo, fixando-o na bolsa coletora;
- 18) Lavar as mãos.

### **Recomendações:**

- Não fixar a sonda em pacientes submetidos à cirurgia de próstata;
- Não há determinação do tempo ideal para o paciente ficar sondado;
- Não fazer troca da sonda em períodos definidos, os pacientes poderão ficar sondado durante o tempo que for necessário;
- Observar sinais de infecção e presença de muco, sangue e outros.

### **Cateterização vesical de alívio orientações para sua realização:**

- Seguir a mesma técnica, da sondagem vesical de demora, não havendo necessidade de usar bolsa coletora de sistema fechado. Usar cuba esterilizada para esvaziar a bexiga.

### **Lavagem vesical**

É a introdução de uma solução estéril até a bexiga com a finalidade de prevenir e combater infecção, desobstruindo a sonda e aliviando a dor.

Esta técnica só é feita em situações realmente necessárias, segundo técnica asséptica rigorosa.

Para retirar a sonda: Adaptar a seringa na via apropriada, retirando a água destilada, esvaziando assim o balão.

Depois é só puxar a sonda.

### **Observações:**

- Antes de fazer a sondagem em paciente com retenção urinária, procurar todos os meios para fazê-lo urinar como:
  - Abrir uma torneira perto do paciente;
  - Fazer lavagem externa com água aquecida;
  - Colocar bolsa de água morna na região suprapúbica.
- Para paciente com incontinência urinária é preferível usar absorventes e calças plásticas especiais para adulto. Em caso de paciente masculino pode ser adaptado um tubo de borracha (esterno) tipo condon, ligado a um intermediário;
- Nunca forçar a introdução da sonda;
- No caso de longa retenção e se a bexiga estiver distendida nunca retirar toda a urina de uma só vez, devido ao perigo de choque ou hemorragia vesical;

- Se o cateterismo vesical for de alívio, utilizar sonda uretral de nelaton e a comadre ou cuba rim para recolher a urina não sendo necessário incluir no material o coletor, a seringa para o balão e o esparadrapo;
- Instruir o paciente quanto ao funcionamento do sistema e transporte – quando cateterismo de demora (SVD);
- Registrar as queixas do paciente;
- Registrar o volume urinário, a cor, odor e demais aspectos;
- Incentivar a ingestão hídrica, quando indicado não houver restrição.

### **RECOMENDAÇÕES PARA TROCA DO CATETER URINÁRIO:**

- Presença de grande quantidade de resíduos no sistema;
- Presença de incrustações na ponta do cateter;
- Violação do sistema ou contaminação do mesmo;
- Mau funcionamento do cateter;
- Obstrução do cateter ou tubo coletor;
- Casos de ITU;
- Troca do sistema em pacientes admitidos provenientes de outra Instituição.

## **POP 12 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA**

### **Medidas de Prevenção de Infecção Respiratória**

**Objetivo:** Instituir medidas para prevenir e diminuir os casos de infecção respiratória dentro da Instituição.

### **1. MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA**

- Investir em educação continuada para os profissionais de saúde da unidade;
- Lavar as mãos antes e após prestar cuidados diretos aos pacientes;
- Realizar vigilância epidemiológica das pneumonias na unidade principalmente nas unidades de terapia intensiva;
- Elaborar perfis microbiológicos e de susceptibilidade;
- Racionalizar o uso de antimicrobianos;
- Elaborar protocolos de uso de antibióticos (padronizar);
- Empreender técnica asséptica para intubação orotraqueal;
- Reduzir a permanência em UTI;
- Diminuir tempo de ventilação mecânica.

## **2. MEDIDAS PARA INTERRUÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS DURANTE O USO DE EQUIPAMENTOS DE TERAPIA RESPIRATÓRIA.**

### **2.1 ESTERILIZAR OU DESINFECTAR E REALIZAR MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS E ARTIGOS:**

- Manter rotina de limpeza rigorosa de todos os equipamentos ou artigos a serem esterilizados ou desinfetados;
- Fazer sempre esterilização ou desinfecção de alto nível para reprocessamento de equipamentos e artigos semicríticos de terapia respiratória;
- Realizar esterilização dos artigos críticos utilizando vapor sobre pressão ou desinfecção de alto nível com glutaraldeído a 2% por 30 minutos;
- Enxaguar os artigos e equipamentos semicríticos após desinfecção química, com água esterilizada. Não usar água apenas destilada.

### **2.2 VENTILAÇÃO MECÂNICA, CIRCUITOS, UMIDIFICADORES, FILTROS E NEBULIZADORES:**

1. Não há indicação de esterilizar ou desinfetar o ventilador mecânico (máquina interna);
2. Não trocar circuitos de respiração rotineiramente ou a intervalos de tempo pré-estabelecidos, realizar a troca do circuito quando este apresentar sujidade visível (acúmulo de material) ou defeito mecânico de funcionamento;
3. Circuitos respiratórios e umidificadores reutilizáveis devem ser submetidos à esterilização ou desinfecção de alto-nível após cada uso;
4. Drenar e desprezar periodicamente qualquer condensado que se acumular no circuito (tubulação do ventilador), tomando todas as precauções para que o mesmo não reflua para o paciente, higienizar as mãos antes e depois de realizar este procedimento;
5. Utilizar sempre como fluido de umidificador água estéril;
6. O paciente e o circuito devem ser manipulados cuidadosamente para prevenir que o condensado atinja o trato respiratório;

7. Para o umidificador de parede:

- Seguir recomendações do fabricante;
- Trocar a cada 24 horas ou quando estiver visivelmente contaminado ou funcionando mal;
- Trocar a água a cada 24 horas (água estéril);
- A cada novo paciente fazer a troca de todo equipamento.

### **2.3 NEBULIZADORES DE MEDICAMENTOS DE PEQUENO VOLUME:**

- a) Utilizar somente fluido estéril para nebulização, colocar assepticamente o fluido no nebulizador;
- b) Os nebulizadores e seus respectivos reservatórios devem ser trocados a cada uso sendo substituídos por outros esterilizados ou desinfetados;
- c) Sempre que possível usar medicamentos aerolizados em frascos de dose única. Frascos de multidoses: seguir instruções de controle, armazenamento e dispensação de medicamentos.

### **2.4. NEBULIZADORES DE GRANDE VOLUME:**

- Realizar desinfecção de alto nível a cada 24 horas de uso contínuo ou a cada troca de pacientes.

### **2.5. OUTROS ARTIGOS UTILIZADOS EM ASSOCIAÇÃO COM TERAPIA RESPIRATÓRIA:**

Respirômetros e termômetros de ventilador: realizar esterilização ou desinfecção de alto nível nestes equipamentos entre uso em um paciente e outro;

- Realizar esterilização ou desinfecção de alto nível no ambú entre uso em um paciente e outro.

### **2.6. CIRCUITOS DE EQUIPAMENTOS DE ANESTESIA:**

- a) Não esterilizar ou desinfetar a parte interna do equipamento de anestesia;
- b) Entre usos em pacientes diferentes, limpar os componentes reutilizáveis do sistema de respiração (circuitos e acessórios de ventilação). Proceder a esterilização ou desinfecção química de alto nível da tubulação do circuito inspiratório e expiratório (tubo traqueal, máscara facial, componente expiratório, bolsa respiratória), bolsa reservatório e umidificador, ou seja, proceder de acordo com as instruções de reprocessamento de artigos;
- c) Desprezar periodicamente o condensado;

- d) Não há recomendação para uso de filtros no circuito do paciente e no sistema de respiração do equipamento de anestesia;
- e) Seguir as diretrizes publicadas ou instruções dos fabricantes quanto a limpeza, desinfecção ou esterilização dos outros componentes do circuito do paciente ou do sistema de respiração dos equipamentos de anestesia.

### **3 – PARA A REALIZAR DE OXIGENOTERAPIA SEGUIR AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES:**

- Lavar as mãos;
- Usar luvas de procedimentos;
- Montar dispositivo com fluxômetro, umidificador, látex e dispositivo escolhido para oxigenoterapia (cateter, cânula, máscara, ambú);
- Colocar água destilada estéril no umidificador;
- Aspirar a narina e a boca quando necessário;
- Medir o cateter da asa do nariz ao lóbulo da orelha e introduzi-lo até a marca e fixá-lo;
- Ajustar a válvula de fluxo (l/min.) ao índice de fluxo desejado (prescrito);
- Não administrar oxigênio se houver presença de qualquer fonte de fogo nas proximidades;
- Evitar uso de equipamento elétrico;
- Administrar oxigenoterapia nos intervalos de horários entre as refeições;
- Trocar o látex, o umidificador, a máscara e a água do umidificador a cada doze horas;
- Realizar revezamento das narinas a cada seis horas (cateter);
- Identificar o sistema com data, hora e assinatura, para controle de troca;
- Higienizar as narinas a cada doze horas ou quando necessário;
- Avaliar padrão respiratório, as condições do paciente, sinais de hipoxia e anotar;
- Avaliar com gasometria ou oximetria (oxímetro de pulso) o paciente com oxigenoterapia;
- Verificar e anotar sinais vitais de paciente com oxigenoterapia a cada duas horas;
- Anotar no prontuário do paciente a ocorrência de queixas, desconfortos, níveis de saturação e outros eventos durante a oxigenoterapia.

### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CONJUNTO DE AEROSSOLTERAPIA:**

- Lavar com água e sabão as partes internas e externas de todo o conjunto;
- Secar ambas as partes rigorosamente;
- Imergir o conjunto em solução de hipoclorito de sódio a 1% durante 30 minutos, enchendo o circuito com a solução por meio de seringa;
- Enxaguar o conjunto em água corrente;
- Secar o conjunto e guardar em recipiente desinfetado e tampado.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

#### **Cuidado com traqueostomias:**

- Realizar traqueostomia sob condições assépticas;
- Ao trocar uma cânula de traqueostomia: usar avental, máscara, óculos, luvas estéreis, técnica asséptica, e substituir por um tubo esterilizado.

#### **Aspiração das secreções da via respiratória:**

- Utilizar cateter de uso único e estéril;
- Usar apenas fluido estéril para remover secreções do cateter de aspiração, caso o cateter seja utilizado para entrada no trato respiratório baixo do paciente;
- Usar luvas estéreis para executar a aspiração endotraqueal.

### **MEDIDAS GERAIS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA:**

- Manter cabeceira elevada (30° - 45°), em paciente sob ventilação mecânica, caso não haja contraindicação;
- Realizar higiene oral rigorosamente;
- Evitar re-intubações frequentes, lesões;
- Lavar as mãos antes e após manipulação do paciente - Troca de luvas entre cada paciente;
- Realizar limpeza, desinfecção e esterilização dos equipamentos associados a terapia respiratória;
- Preferir dieta oral e sem sonda sempre que possível, evitar o jejum;

- Não trocar rotineiramente com base na duração do uso o circuito ventilatório, devendo ser feito quando visivelmente sujo ou com mau funcionamento;
- Educação dos profissionais;
- Não reprocessar e reutilizar artigos de uso único;
- Para retirar o condensado do circuito, descontaminar as mãos com álcool gel ou com água e sabonete líquido, antes de realizar o procedimento;
- Não administrar antibiótico profilático sem indicação precisa;
- Suspender procedimentos invasivos logo que não sejam mais indicados;
- Usar líquido (água) estéril para enxague de equipamentos após desinfecção;
- Verificar periodicamente a localização de sonda enteral antes de sua utilização;
- Realizar vacina pneumocócica para pacientes de risco (idosos, patologia pulmonar, cardíaca, DM, alcoolismo, cirrose, imunossupressão, infecção pelo HIV) conforme orientação médica.

## **POP 13 - MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO – ISC**

### **Medidas para Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico - ISC**

**OBJETIVO:** Ddiminuir, minimizar a ocorrência de infecções relacionadas ao sítio cirúrgico.

#### **Orientações relacionadas ao preparo do paciente para o ato cirúrgico:**

- Identificar e tratar infecções à distância antes de cirurgias eletivas e adiar procedimentos eletivos até que a infecção esteja resolvida;
- Manter níveis glicêmicos adequadamente controlados em todos os pacientes diabéticos e evitar hiperglicemia perioperatória;
- Encorajar interrupção do tabagismo pelo menos 30 dias antes do procedimento;
- Realizar rebaixamento dos pelos com tesoura;
- Banho do paciente antes da cirurgia\* e secagem com toalha limpa;
- Tricotomia realizá-la apenas quando necessário, no centro cirúrgico, o mais próximo possível da cirurgia. Restringi-la à área da incisão;
- Degermação da pele do paciente – PVPI degermante ou clorexidina degermante;
- Remoção do excesso de antisséptico com compressa embebida em S.F. 0,9%;



- Antissepsia da pele: PVPI alcoólico ou clorexidina alcoólica;
- Antissepsia de mucosa: PVPI aquoso ou clorexidina aquosa;
- Para cirurgias cardíacas e todas as cirurgias que utilizarem prótese, banho com sabonete antisséptico.

#### **Orientações relacionada a equipe cirúrgica:**

- Número de pessoas na sala cirúrgica - restringir ao mínimo possível. Manter a porta da sala cirúrgica fechada. Providenciar todo o material necessário para a cirurgia, para evitar o fluxo de pessoas na sala;
- Entrar no centro cirúrgico com unissex, gorro, calçados fechados e impermeáveis. Ao entrar no corredor que dá acesso a sala cirúrgica, utilizar máscara cobrindo o nariz, boca e pelos da face.

#### **PREPARAÇÃO DA EQUIPE CIRÚRGICA**

- Manter unhas curtas;
- Limpar a sujidade sob as unhas antes de realizar a primeira escovação cirúrgica do dia;
- Escovação das mãos com PVPI ou clorexidina degermante por 5 minutos (antes da 1ª cirurgia realizada), com escova macia, estéril e de uso individualizado. Enxágüe com água corrente, seguido de secagem em compressa estéril. Nas cirurgias a seguir: escovação por 3 minutos; cirurgias contaminadas 5 minutos.

#### **PARAMENTAÇÃO PARA A CIRURGIA**

- Avental de manga longa estéril.
- Utilizar avental impermeável retirar, como equipamento de proteção individual, nas cirurgias onde se anteveja exposição a grande quantidade de solução corpórea.
- Óculos como EPI.
- Luvas estéreis.
- Máscara cirúrgica.
- Trocar o unissex quando sujo e/ou contaminado por sangue ou outros materiais potencialmente infectantes.

## POP 14 – PROFILAXIAS

### Trauma

PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE NA INDUÇÃO	INTERVALO		DURAÇÃO
			INTRA-OPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Trauma abdominal penetrante*	Cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Trauma abdominal fechado com indicação cirúrgica					
Trauma tóraco-abdominal penetrante*					
Lavagem peritoneal ou Laparoscopia diagnóstica	Cefazolina				
Trauma torácico penetrante	Cefazolina	1g IV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Trauma torácico fechado com dreno					
Trauma torácico penetrante em esôfago – contaminação grosseira	Clindamicina Gentamicina*	600mg IV 240mg/dia IV	600mg 6/6h	600mg 6/6h 3-5mg/kg d.u. Diária IM ou IV	5 a 7 dias
Fratura exposta (Tipo I)	Cefazolina	1g IV	1g 4/4h	1g 8/8h	1 semana Se alta tratamento VO com Cefalexina 2-4g/dia por 1 semana
Fratura exposta (Tipos II e III A/B e C)	Clindamicina + Gentamicina*	600mg IV 240mg	600mg 6/6h	600mg 6/6h 3-5 mg/K d.u IV	2 semanas Se alta, tratamento VO com Amox- Clavulanato 500mg 8/8h

Lesão vascular	Cefazolina	1-2g IV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Trauma cirúrgico cabeça/pescoço	Cefazolina	1-2g IV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Trauma de crânio fechado, cirúrgico					
Trauma de crânio penetrante					
Trauma de crânio com fístula liquórica*** e pneumoencéfalo pós-trauma: eficácia não estabelecida	Clindamicina	600mg	600mg 6/6h	600mg 6/6h	5 dias

d.u.: dose única

\*Com ou sem lesão de víscera oca, inclusive cólon

\*\*Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobínúria, deverá ser utilizada clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas)

\*\*\* Em fístula 5-7 dias está contraindicado o uso continuado de antibiótico.

## Cirurgia Vascular

PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE NA INDUÇÃO	INTERVALO		DURAÇÃO
			INTRA-OPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Varizes*	Baixo risco	Não recomendada			
	Alto risco	Cefazolina	1-2g IV	1 g 4/4h	1 g 8/8h
Embolectomia	Baixo risco	Não recomendada			
	Alto risco**	Cefazolina	1-2g	1 g 4/4h	1 g 8/8h
Enxertos com prótese vascular (sem LTI)	Cefazolina	1-2g	1g 4/4h	1g 8/8h	24 horas
Enxertos com veia autóloga (sem LTI)	Cefazolina	1-2g	1 g 4/4h	-	Trans-operatório
Implante de cateter de longa permanência	Não indicada				
Fístula arteriovenosa sem próteses	Não indicada				
Fístula arteriovenosa com próteses	Cefazolina	1-2g	1-2 g 4/4h	-	Trans-operatório
Amputações por gangrena seca	Cefoxitina	2 g	1 g 2/2h	1 g 6/6h	24 horas
Amputações por gangrena única	Clindamicina + Ciprofloxacino	600 mg IV 400mg IV	6/6 h 12/12h	-	Adequar conforme cultura e manter conforme a evolução clínica
Enxertos com veia autóloga (com LTI)	Cefepime + Vancomicina	2g IV 1g IV	12/12h 12/12h	12/12h 12/12h	72h***

LTI = lesão trófica infectada

\*Varizes de baixo risco: ligaduras de perfurantes e colaterais

Varizes de alto risco: sefanectomias, tromboflebite, dermatofibrose, úlceras de estase, fibredema, dermatofitose, distúrbio de imunidade, varizes exuberantes

\*\*embolectomia de alto risco: extensas, em membros inferiores, com alteração neurológica

\*\*\*pacientes em tratamento prévio por infecção local a antibiótico terapia iniciada deve ser mantida.

## Profilaxia em Mordeduras Humanas e de Animais Domésticos (Cães e Gatos)

### Cuidados locais:

- Realizar limpeza vigorosa (com degermante ou sabão), irrigação com SF (500ml) ou água limpa imediatamente;
- No hospital, repetir a limpeza e fazer desbridamento com retirada de tecido desvitalizado;
- Lesões puntiformes profundas devem ser abertas cirurgicamente com cicatrização por segunda intenção;
- As demais lesões devem ser desbridadas, lavadas e suas bordas aproximadas.

**Atenção:** ver profilaxia do tétano e da raiva.

Características da mordedura e do paciente	ATB 1ª Escolha	Opções	Duração
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mordedura humana ou animal (cão ou gato) com envolvimento de cartilagem, mãos, pés e articulações, ou lesões profundas</li> <li>• Qualquer mordedura em pacientes imunocomprometidos, esplenectomizados, etilistas, cirróticos ou diabéticos</li> </ul>	Ambulatorial Amoxicilina + clavulanato (500/125mg) VO 8/8h	Clindamicina 600 mg VO 6/6 + Ciprofloxacino 500mg VO 12/12h	5 dias
		Clindamicina 600 mg VO 6/6h + TMP-SMZ 160mg /800 mg VO 12/12h	5 dias
		Doxiciclina 100 mg VO 12/12h	5 dias
	Clindamicina 600-900 mg IV 8/8h + Ciprofloxacino, 200-400 mg IV q 12h ou Clindamicina 600-900 mg IV 8/8h + Ceftriaxone 2 g IV 24/24h	Piperacilina-Tazobactan 4,5 g IV 8/8h ou Clindamicina 600-900 mg IV 8/8h + TMP-SMZ 8-10mg/kg/dia IV 6-12h	5 dias

Para mordeduras por porco (*Flavobacterium* 2B resistente a amoxicilina + clavulanato) e animais marinhos (predomínio de *Vibrio*, *Aeromonas* e *Pseudomonas* spp.) está indicada a associação com ciprofloxacino.

## Profilaxia do Tétano

História de Imunização Contra Tétano	Ferimento limpo ou superficial		Todos os outros ferimentos*	
	Vacina	Imunoglobulina humana antitetânica	Vacina	Imunoglobulina humana antitetânica
Menos de 3 doses ou ignorado	Sim	Não	Sim	Sim
Vacinação primária completa (> 3 doses)				
● Última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não
● Última dose entre 5 e 10 anos	Não	Não	Sim	Não
● Última dose há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Não

\*Consideram-se outros ferimentos: fraturas expostas, ferimentos por arma branca ou de fogo, queimaduras extensas, ferimentos com retenção de corpos estranhos, ferimentos profundos e puntiformes (provocados por agulhas, pregos ou outros objetos pontiagudos).

Vacina:

- Para menores de 7 anos: utilizar a tríplice (DPT), dupla infantil (DT) ou a tríplice acelular.
- Para maiores de 7 anos: utilizar a dupla tipo adulto (dT)

Imunoglobulina humana antitetânica: 250 UI IM.

### Observação:

- Não administrar imunoglobulina e vacina no mesmo grupo muscular.

## POP 15 - TRATAMENTOS

### Tratamentos

#### Ortopedia

DIAGNÓSTICO	DROGAS E DOSES	DURAÇÃO	CULTURAS A SEREM COLHIDAS	OBSERVAÇÕES
<b>Pioartrite aguda</b>	<b>Oxacilina 2 g IV 4/4h</b> + <b>Gentamicina 240 mg/dia</b> (d.u. Diária)	2 semanas IV	Líquido sinovial + Hemoculturas	Tratamento VO com Amoxa-Clavulanato 500mg 8/8h 2 semanas ou Cipro + Clinda
<b>Osteomielite aguda hematogênica</b>	<b>Oxacilina 2 g IV 4/4h</b> + <b>Gentamicina 240 mg/dia</b> (d.u. Diária)	2 semanas IV	Osso + Hemoculturas	Considerar punção ou drenagem Tratamento VO com Amoxa-Clavulanato 500mg 8/8h 4 semanas ou Cipro + Clinda
<b>Osteomielite crônica</b>	<b>Clindamicina 2,4 g/dia</b> + <b>Ciprofloxacino 800 mg/dia</b>	6 meses (IV durante internação, VO após alta)	Osso	Reavaliação do tratamento deve ser guiada pelo resultado de cultura
<b>Infecções pós-operatórias</b>	<b>Teicoplanina 400 mg/dia</b> + <b>amicacina 4 g/dia</b> ou <b>Cefepime 2g EV 12/12h</b> + <b>Vancomicina 1g EV 12/12h</b>	Conforme a evolução	Osso (preferencial) + Partes moles + Exsudato profundo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dose de Teicoplanina deve ser de 400mg 12/12h nos 2 primeiros dias</li> <li>● Considerar retirada de material de síntese</li> <li>● Reavaliação do tratamento deve ser guiada pelo resultado de cultura</li> </ul>
<b>Revisão de Artroplastia</b>	<b>Cefepime 2g EV 12/12h</b> + <b>Vancomicina 1g EV 12/12h</b>	Até resultado de cultura	Osso + Partes moles + Exsudato profundo	Reavaliação do tratamento deve ser guiada pelo resultado de cultura e pelo aspecto intraoperatório

## Cirurgia

DIAGNÓSTICO	DROGAS E DOSES	DURAÇÃO	CULTURAS A SEREM COLHIDAS	OBSERVAÇÕES
<b>Apendicite não complicada</b>	Cefazolina 1G EV 8/8h	24h	-----	-----
<b>Apendicite complicada</b>	<b>Metronidazol</b> 500 mg IV 8/8h + <b>Gentamicina</b> 240 mg/dia (d.u. Diária)	5 dias	Hemoculturas	Tratamento VO com Amoxa-Clavulanato 500mg 8/8hou Cipro + Clinda 5 dias.
<b>Colecistectomia</b>	Cefazolina 1g 3/3h	Intra-operatório		Reavaliação de tratamento deve considerada se critérios de infecção
<b>Colangite</b>	<b>Metronidazol</b> 500 mg IV 8/8h + <b>Ceftriaxona</b> 1g EV 12/12 <b>Avalox 400mgEV</b> <b>1x/dia</b>	7 dias	Hemoculturas	Associar ampicilina se critérios de infecção por enterococo.
<b>Trauma com perfuração do TGI ou Abdome Agudo</b>	<b>Clindamicina</b> 2,4 g/dia + <b>Gentamicina</b> 240 mg/dia (d.u. Diária) ou <b>Metronidazol</b> 500 mg IV 8/8h + <b>Cefazolina</b> 2g EV 6/6h	5 dias se profilaxia	Hemoculturas + Líquido Peritoneal	Observar evolução clínica: Se quadro de peritonite secundária ampliar espectro de ação para agentes nosocomiais. Ertapenem 1g EV 1x/dia ou Tygacil 50mg 12/12h
<b>Pancreatite aguda</b>	<b>Ciprofloxacino</b> 800 mg/dia + <b>Metronidazol</b> 500 mg IV 8/8h	7 dias	Hemoculturas	Se necrose ou abscesso pancreático fazer uso de Imipenem 500mg EV 8/8h



## Infecções de partes moles

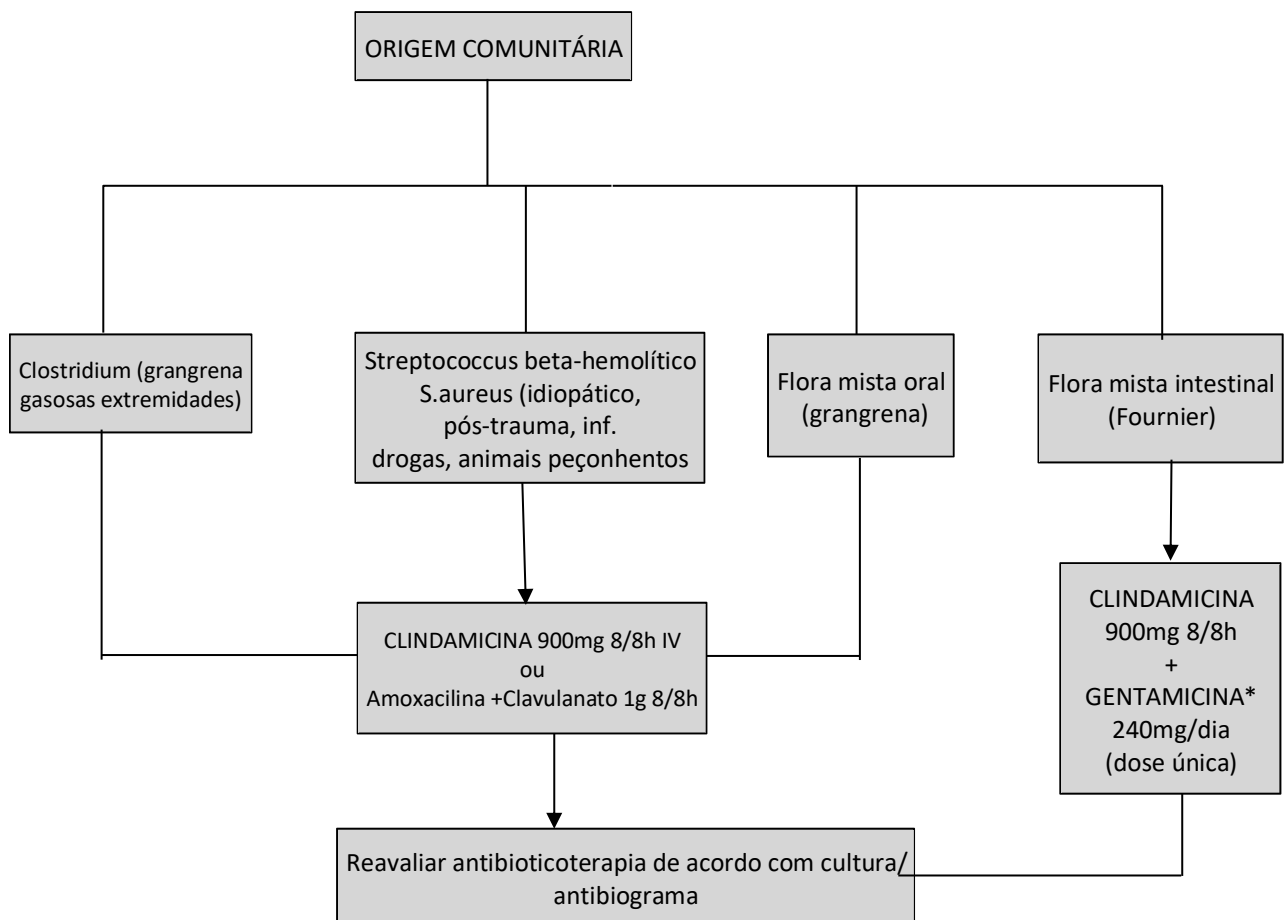
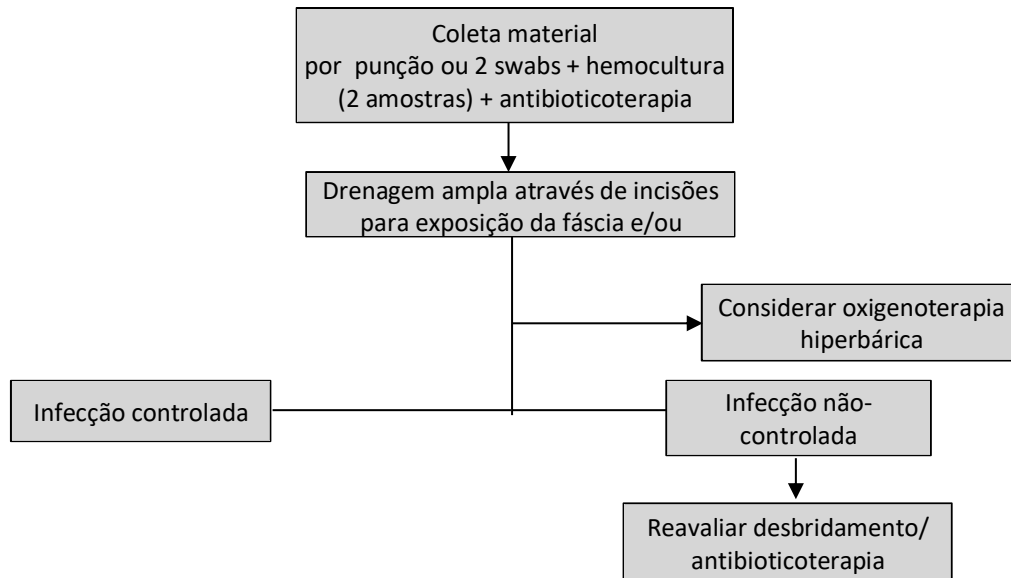
DOENÇA	AGENTES MAIS COMUNS	TRATAMENTO INICIAL DE ESCOLHA	TRATAMENTO ALTERNATIVO	COMENTÁRIOS
<b>IMPETIGO</b>	Streptococcus do grupo a S. aureus	Cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina 1g 6/6h por 7 dias)	Eritromicina 500mg 6/6h por 7 dias Aplicação tópica de mupirocina ou ácido fusídico	Risco de GNDA Difícil diferenciar impetigo estreptococo de estafilocóccico
<b>ERISPELA</b>	Streptococcus do grupo A, às vezes grupos G, C, B e mais raramente S. aureus	Ambulatorialmente Cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina 1g 6/6h por 7 dias). Se internado oxacilina (2g IV 4/4h por 7 dias)	Clindamicina 300-450mg 6/6h ou 900mg 8/8h IV por 7 dias	Culturas positivas em apenas 5% dos casos
<b>CELULITE</b>	Streptococcus do grupo a S. aureus	Ambulatorialmente Cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina 1g 6/6h por 7 dias). Se internado oxacilina (2g IV 4/4h por 7 dias)	Clindamicina 300-450mg 6/6h VO por 7 dias) ou 600mg 6/6h ou 900mg 8/8h IV por 7 dias	Tentar obter GRAM e cultura em caso de secreção purulenta. Maior positividade em hemocultura
<b>Pé Diabético</b>	Polimicrobiana	Ciprofloxacino+ Clindamicina ou Amoxicilina+ Clavulanato	Ceftazidima + Oxacilina	Ertapenem + Teicoplanina Casos complicados e de origem nosocomial

### Observações:

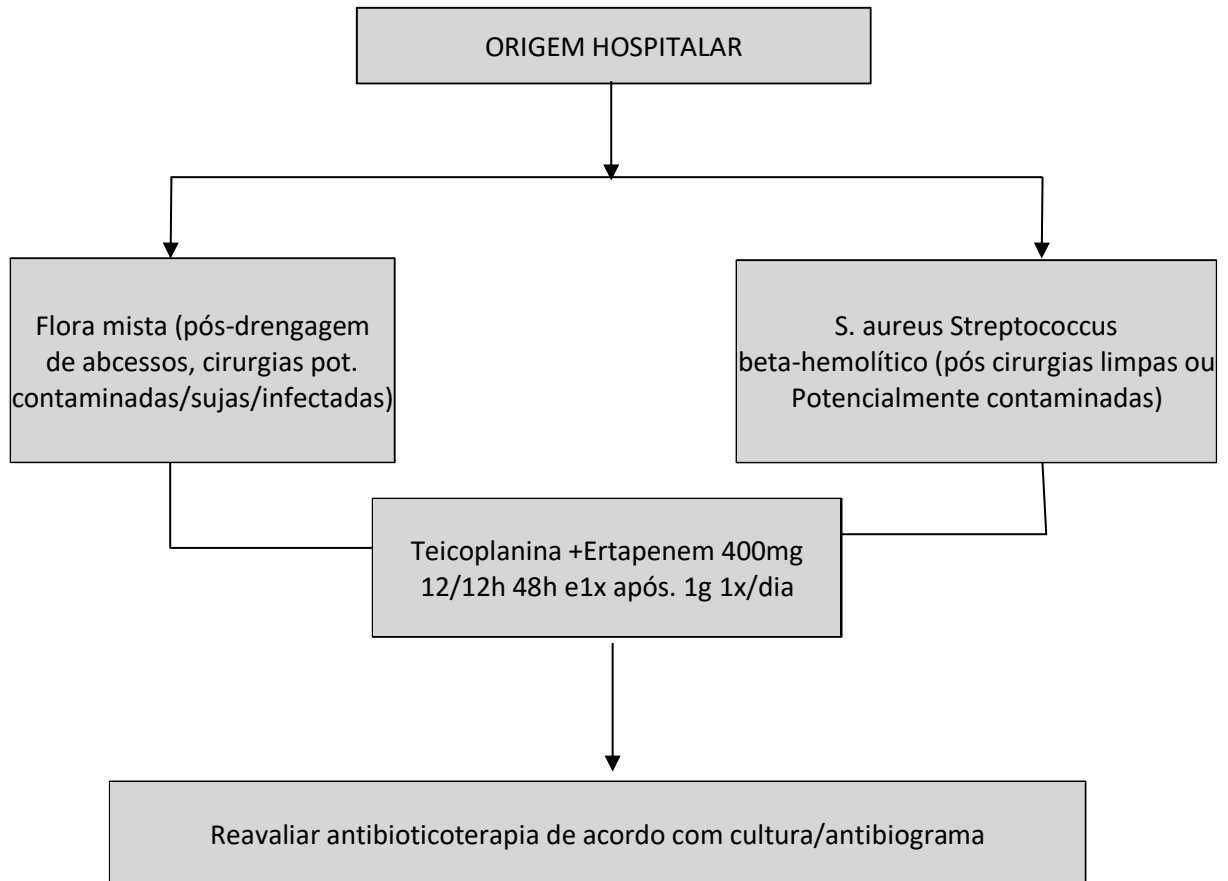
- Tanto a erisipela quanto a celulite apresentam sinais flogísticos; o paciente pode ter febre e leucocitose, mas a erisipela é mais superficial e bem delimitada;
- As doses foram calculadas para adulto com peso de 60 a 70kg e com função renal normal.

## Partes Moles – Infecções Necrotizantes

Evidência de infecção grave ou não controlada (dor, aumento de hiperemia, febre, taquicardia, agitação, instabilidade hemodinâmica).



\*Ceftriaxona 1g IV de 12/12h em caso de insuficiência renal ou alto risco



## Grande Queimado

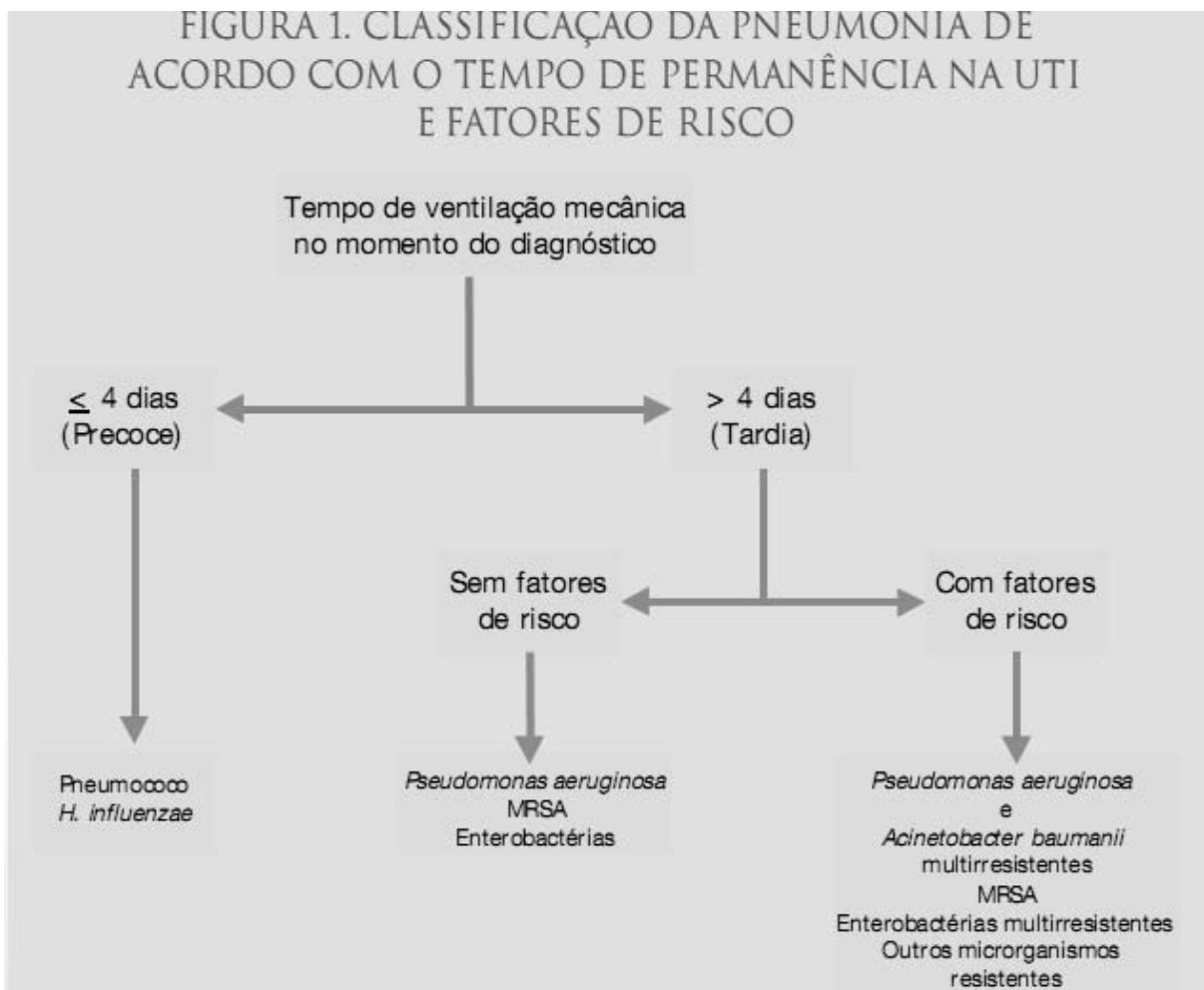
### Crterios para Teraputica Empfrica Sistmica

Iniciar antimicrobiano sistmico quando se observarem dois dos critrios abaixo:

1. Leucopenia ( $<2500/\text{mm}^3$ );
2. Aprofundamento do grau da queimadura (exceto em queimadura eltrica) ou febre ( $>38,5^\circ\text{C}$ ) ou hipotermia ( $<36^\circ\text{C}$ );
3. Instabilidade hemodinmica aps correo hidroeletrfica;
4. Celulite;
5. Confuso mental (sem outra causa) ou hiperglicemia ( $>150\text{mg/dl}$  sem diabete prvia).

CLINDAMICINA  
900mg 8/8h  
+  
CIPROFLOXACINA  
400mg/12/12h

### Pneumonia:



### Fatores de Risco

- 1- Uso recente de antimicrobianos;
- 2- Tempo prolongado de permanência na UTI;
- 3- Gravidade da infecção;
- 4- Idade;
- 5- Comorbidades associadas;
- 6- Uso de corticoide;
- 7- Epidemiologia local.

### 1 - Tratamento empírico inicial:

Pneumonia	Espectro	Esquemas	
Precoce	Amplio	Beta-lactâmico (ceftriaxona ou cefotaxima ou cefepima ou ertapenem)	ou quinolona respiratória (levofloxacina ou moxifloxacina)
Tardia, sem fatores de risco	Amplio	Cobertura para bacilos Gram-negativos: ceftazidima ou cefepima ou piperacilina-tazobactam ou ciprofloxacina	Cobertura para MRSA: Vancomicina ou teicoplanina ou linezolida
Tardia, com fatores de risco	Máximo	Cobertura para bacilos Gram-negativos: um dos acima ou imipenem ou meropenem ou polimixina	Cobertura para MRSA: Vancomicina ou teicoplanina ou linezolida

### 2 - Tratamento de acordo com microrganismo isolado:

Microrganismo	Resistência	Antimicrobiano de primeira linha <sup>1</sup>	Antimicrobiano de reserva
<i>Staphylococcus aureus</i>		Oxacilina	Clindamicina, sulfametoxazol-trimetoprima
	Resistente à oxacilina	Vancomicina, teicoplanina, linezolida	
<i>E. coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i>		Ceftriaxona, ceftazidima, cefepima, piperacilina-tazobactam, ciprofloxacina	Ceftazidima, cefepima, piperacilina-tazobactam
	Produtora de ESBL	Imipenem ou meropenem	Ertapenem ou ciprofloxacina
<i>Enterobacter</i> sp		Cefepima ou ciprofloxacina	Imipenem ou meropenem
	Resistente à cefepima	Imipenem ou meropenem	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		Ceftazidima, cefepima, piperacilina-tazobactam, ciprofloxacina, imipenem, meropenem	
	Resistente aos carbapenêmicos	Polimixina	
<i>Acinetobacter baumannii</i>		Imipenem ou meropenem	Ampicilina-sulbactam
	Resistente aos carbapenêmicos	Polimixina	Ampicilina-sulbactam

<sup>1</sup>No tratamento das infecções causadas por bacilos Gram-negativos, os carbapenêmicos e a polimixina costumam ser reservados para o tratamento de microrganismos resistentes a múltiplas drogas, por serem as últimas alternativas disponíveis.

### Observações:

1. Estafilococos coagulase-negativa e Candida sp muito raramente causam pneumonia. Seu isolamento em materiais respiratórios representa colonização até prova em contrário;
2. Rotineiramente não há necessidade de antibioticoterapia por período superior a 14 dias;
3. Infecções cuja resposta clínica com antibioticoterapia foi satisfatória, e rápida, podem ser tratadas por oito a dez dias;
4. Não se recomenda a manutenção de antimicrobianos devido à persistência de positividade de culturas. Cada caso deve ser avaliado conforme evolução clínica do paciente;
5. A Tigeciclina é ativa contra patógenos nosocomiais emergentes como MRSA, Enterobactérias produtoras de Beta-lactamase de espectro estendido (ESBL) e Acinetobacter sp multirresistente. Até o momento, tem sido aprovada para tratamento de infecções intra-abdominais, de pele e tecido celular subcutâneo.

### Infecção Urinária

Pacientes com indicação de internação. Comprometimento do estado geral, febre, leucocitose, leucocitúria e alteração de provas de atividades inflamatórias. Solicitar Urocultura sempre.

DOENÇA	AGENTES MAIS COMUNS	TRATAMENTO INICIAL DE ESCOLHA	TRATAMENTO ALTERNATIVO	COMENTÁRIOS
ITU/Pielonefrite	E. Coli, Bacilos G-, Enterococos, S. Aureus, outras enterobactérias.	Ciprofloxacina ou Ceftriaxone ou Ampicilina + Gentamicina por 7-10 dias	Amoxicilina + Clavulanato, Ampicilina + Sulbactan ou Levofloxacina	Avaliar perfil de sensibilidade pelo antibiograma.
ITU fúngica Identificação em culturas	Cândida albicans C. tropicalis Cândida glabrata e C	Fluconazol 200mg 12/12 Fluconazol 400mg 12/12h		

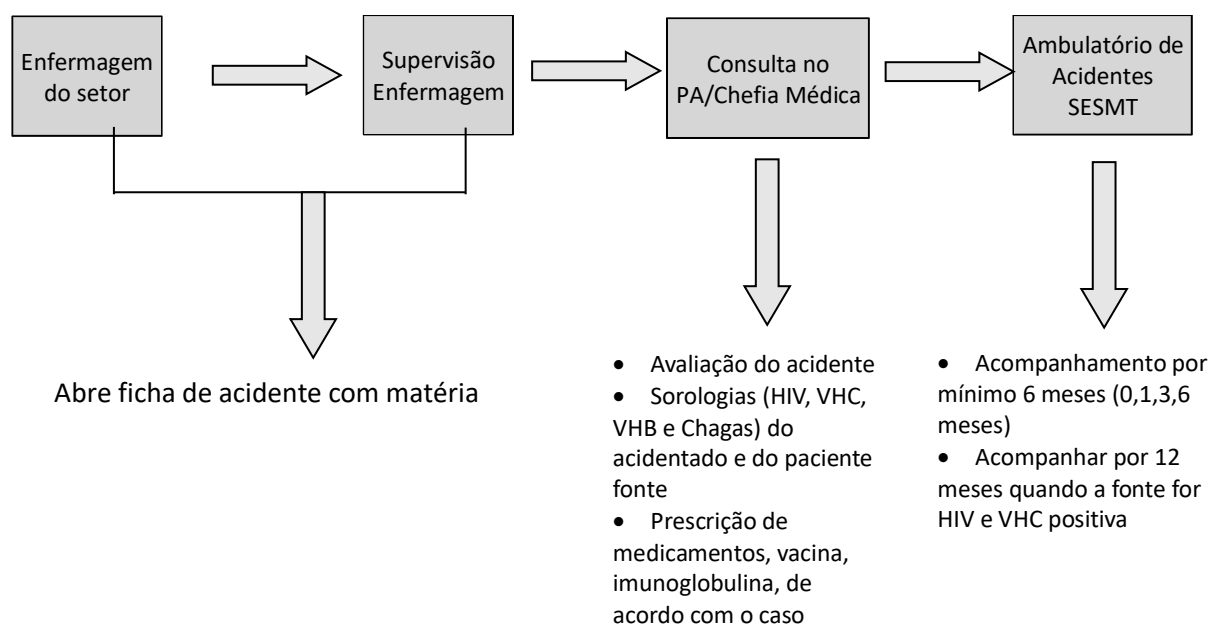
## POP 16 – CONDOTA FRENTE A ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

### Conduta Frente a Acidentes com Material Biológico

**Objetivo: Orientar conduta em caso de acidente com material biológico.**

Cuidados imediatos com o local da exposição:

1. Lavar ferimentos e a pele imediatamente com água e sabão (não há vantagem em utilizar soluções antissépticas).
2. Se houve exposição de mucosa, lavar abundantemente com água corrente.
3. Não realizar expressão do local ferido, pois esse procedimento pode aumentar a área lesada e, conseqüentemente, a exposição ao material infectante.
4. O funcionário acidentado deverá entrar em contato com sua chefia imediata ou supervisão de enfermagem para comunicar o acidente e receber as orientações quanto ao fluxograma de atendimento de acidentes com material biológico no HOSPITAL é o seguinte:



### **Funcionamento do atendimento do SESMT aos funcionários do HOSPITAL:**

Segunda a Sexta das 7 às 18h. Nos períodos noturnos, feriados e finais de semana o acompanhamento se dará pela chefia imediata do funcionário, que se reportará para chefia de enfermagem e que por sua vez comunicará após a caracterização do acidente, à chefia médica para instalação do protocolo.

## **POP 17 – ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DE FERIDAS VISANDO A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES**

### **Orientações para Tratamento de Feridas Visando a Prevenção de Infecções**

**Objetivo: Orientar a realização de curativos com a finalidade de prevenir infecções.**

Princípios:

- A técnica de limpeza aplicada deve atender aos princípios que otimizem o processo de cicatrização permitindo trocas gasosas de oxigênio, dióxido de carbono e vapor de água;
- Todo tecido necrótico e corpos estranhos devem ser eliminados, pois prolongam a fase inflamatória e se tornam meio de cultura;
- O processo infeccioso deve ser identificado e combatido porque inibe a migração celular;
- Espaços mortos devem ser preenchidos para facilitar a migração celular e impedir que a produção de exsudato se torne meio de cultura;
- O excesso de exsudato deve ser absorvido, pois a secreção abundante macera a pele ao redor da lesão;
- A umidade do leito deve ser mantida para favorecer a migração epitelial promover a angiogênese e a síntese do tecido conjuntivo, além de propiciar o desbridamento autolítico;
- O isolamento térmico deve ser favorecido, pois propicia adequado fluxo sanguíneo no leito da ferida e acelera a migração epitelial;
- A ferida deve ser protegida de traumas e bactérias a fim de evitar agressões ao tecido em formação e a contaminação da lesão;
- Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
- Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou em caso de contato direto com a lesão;
- Iniciar curativo da ferida menos contaminada para mais contaminada.
- Manter técnica asséptica durante o procedimento;
- Avaliar necessidade de troca do curativo mais de uma vez ao dia de acordo com a secreção e atentar para produto utilizado (ex: produtos com permanência maior como o alginato, hidrogel, carvão ativado) para trocar apenas o curativo secundário;
- Feridas com tecido de granulação não devem ser esfregadas no leito da ferida, evitando assim remoção de tecidos já formados, deve ser utilizado o jato de soro fisiológico;
- Deve ser coletado material para cultura de feridas com sinais de infecção, lembrando de fazer a limpeza prévia da lesão antes de colher o material para evitar comprometimento da amostra.

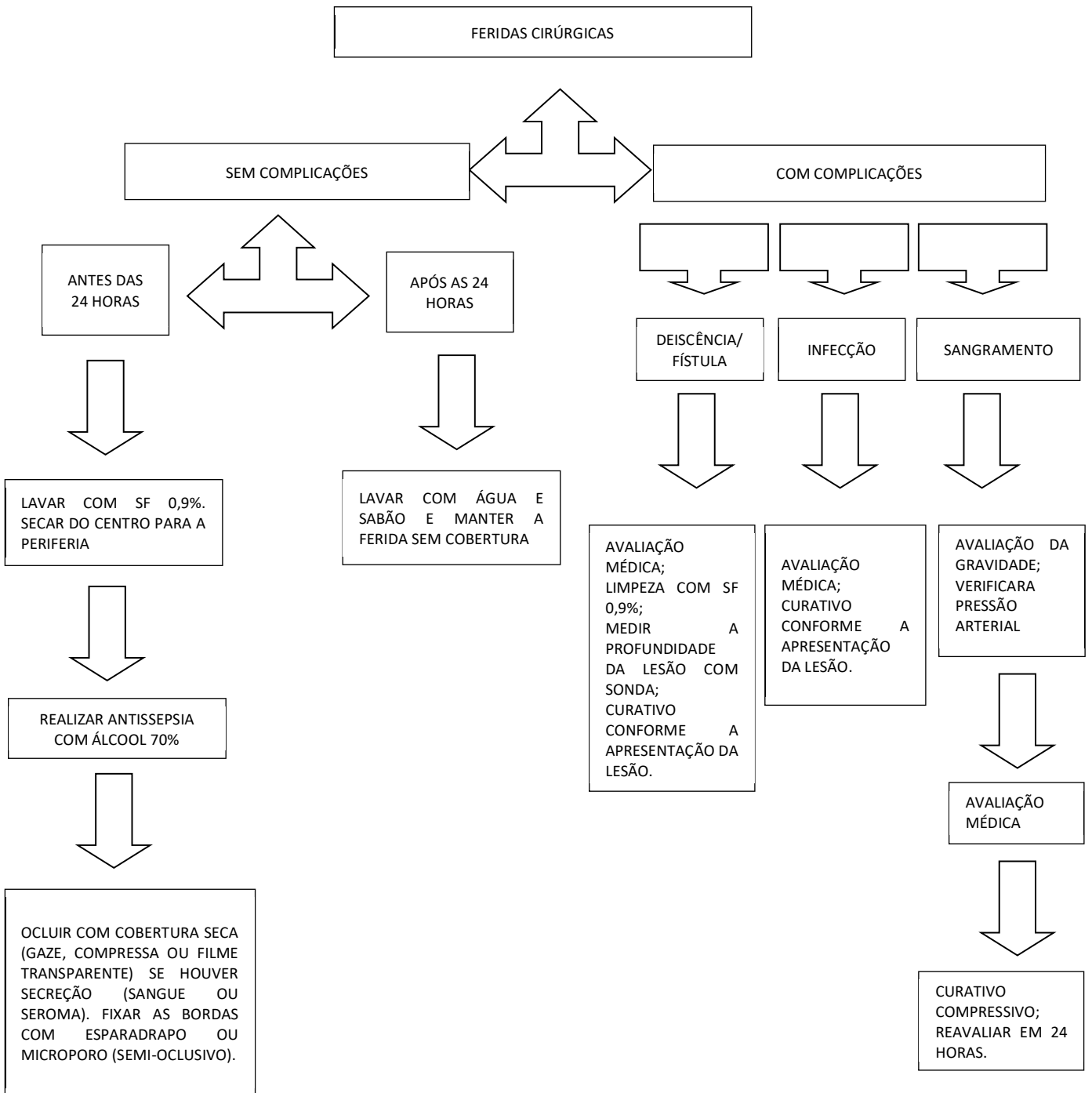
Ao avaliar a lesão e verificar que não houve progressão/melhora atentar para:

- Presença de infecção;
- Curativo inadequado;
- Solução utilizada inadequada;
- Paciente com anemia;
- Curativos muito apertados;
- Falta de troca de curativo no caso de lesões altamente secretantes.



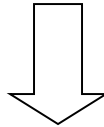
## CLASSIFICAÇÃO DO CURATIVO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

### Curativo de feridas cirúrgicas

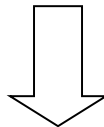


## Curativos de sistemas de drenos abertos

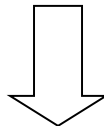
FERIDAS COM DRENOS ABERTOS



LIMPAR O LOCAL DE INSERÇÃO DO DRENO, O PRÓPRIO DRENO E A PELE AO REDOR DA FERIDA COM GAZE UMEDECIDA COM SF 0,9%. UTILIZANDO TÉCNICA ESTÉRIL PARA MANIPULAÇÃO DO DRENO ATÉ QUE ELE SEJA REMOVIDO



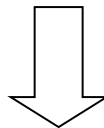
SECAR COM GAZE



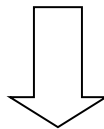
OCLUIR COM COBERTURA SECA (GAZE, COXIM OU COMPRESSA). TROCAR SEMPRE QUE SATURADO OU NO MÁXIMO A CADA 24 HORAS. FIXAR AS BORDAS COM ESPARADRAPO OU MICROPORO (SEMI-OCCLUSIVO)

**Curativos de sistemas de drenos fechados (Torácico e hemovácuo), cateter venoso central (intracath, cateter de hemodiálise), dissecação venosa e cateter venoso de inserção periférica (PICC)**

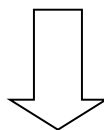
FERIDAS COM DRENOS FECHADOS



LIMPAR O LOCAL DE INSERÇÃO DO DRENO, O PRÓPRIO DRENO E A PELE AO REDOR DA FERIDA COM GAZE UMEDECIDA COM SF 0,9%. UTILIZANDO TÉCNICA ESTÉRIL PARA MANIPULAÇÃO DOS DRENOS

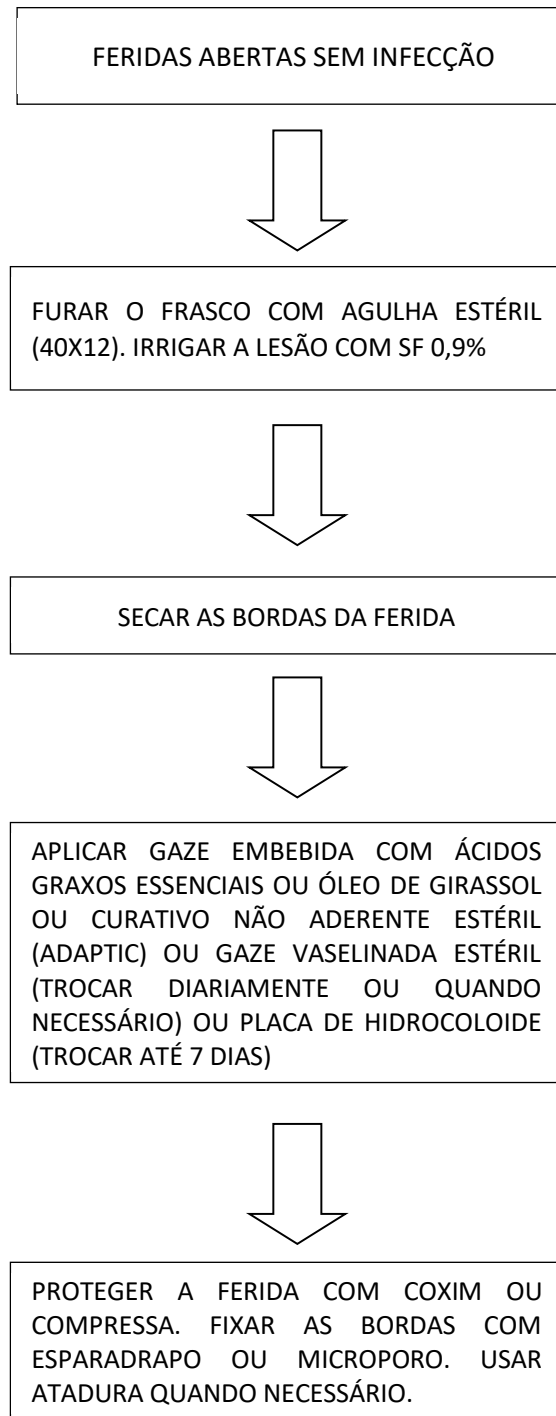


APLICAR ÁLCOOL A 70% OU CLOREXIDINA (APLIQUE A CLOREXIDINA DEIXANDO AGIR POR ALGUNS MINUTOS, DE ACORDO COM AS NORMAS DO FABRICANTE, RETIRE A CLOREXIDINA TOTALMENTE COM SF 0,9% E SEQUE COM GAZE)

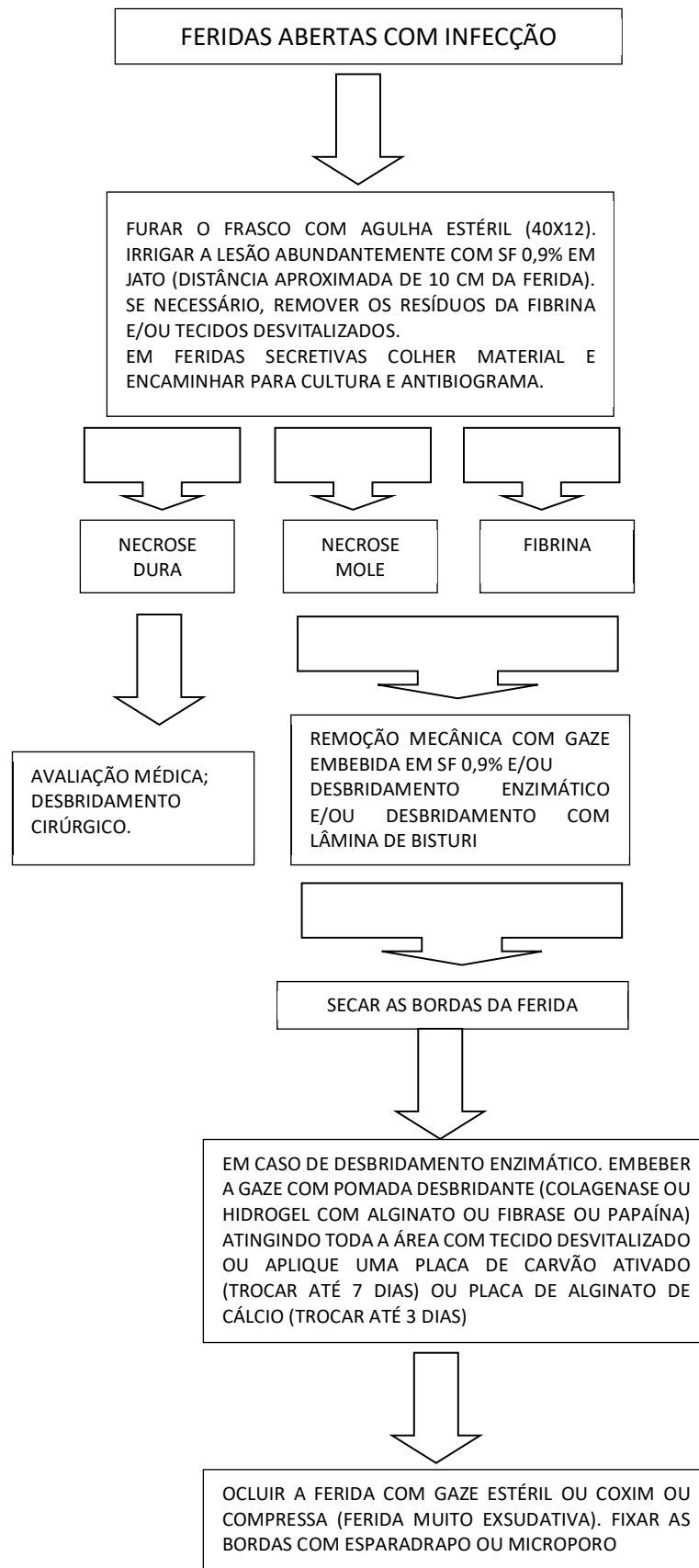


OCLUIR COM FILME TRANSPARENTE (TROCAR ATÉ 7 DIAS) OU COM GAZE (FECHAR AS BORDAS COM ESPARADRAPO OU MICROPORO. CASO O PACIENTE ESTEJA COM TRAQUEOSTOMIA É NECESSÁRIO OCLUIR COM ESPARADRAPO).

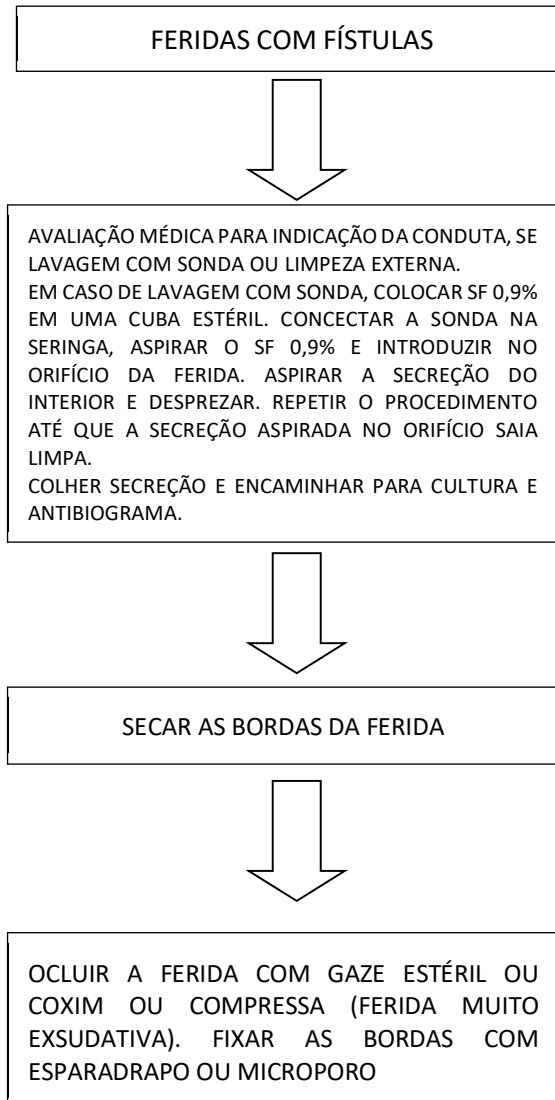
## Curativos de feridas abertas sem infecção



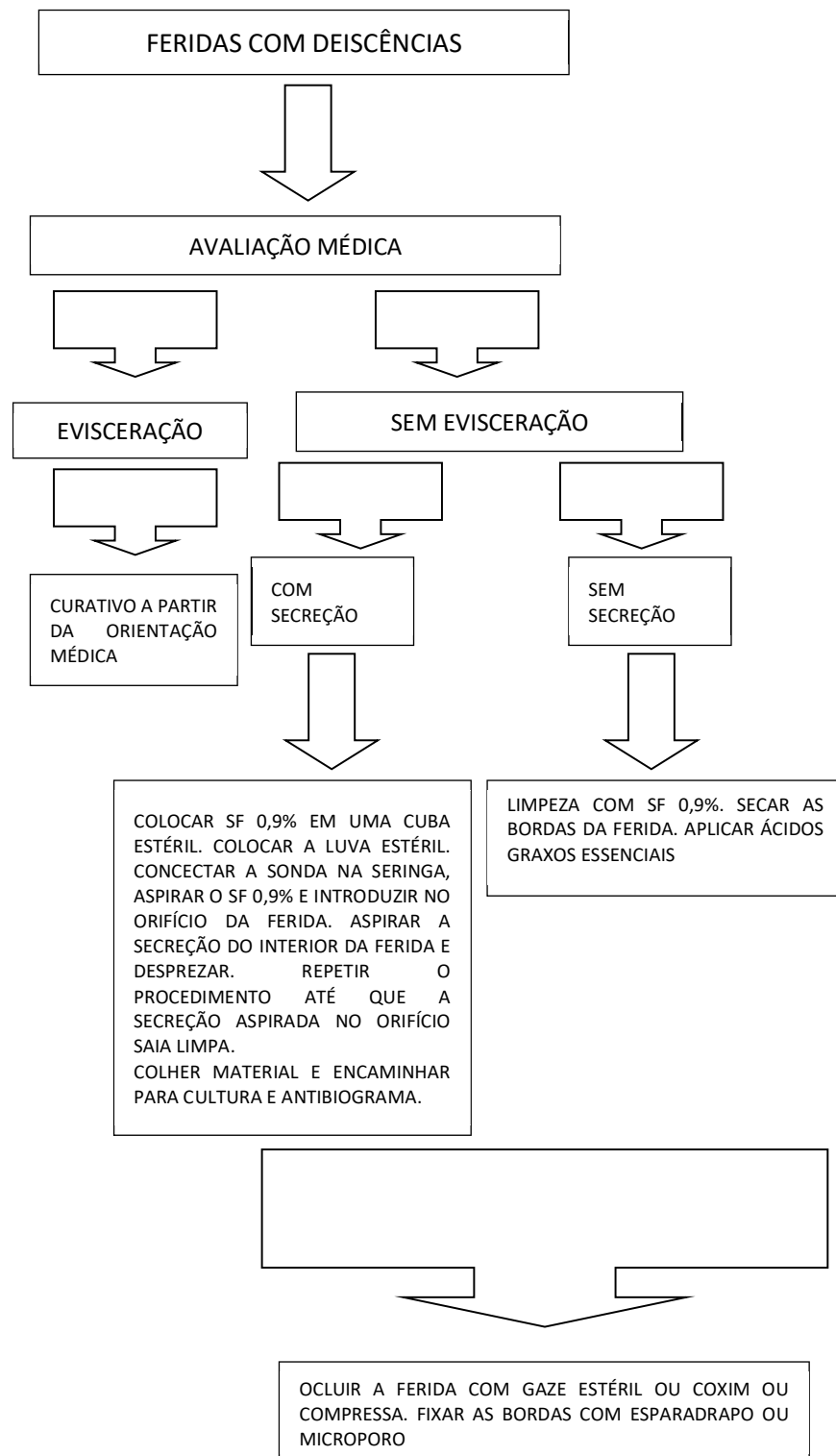
## Curativos de feridas abertas com infecção



## Curativos de feridas com fístulas



## Curativos de feridas com deiscência de parede



## TÉCNICA DE COLETA DO MATERIAL EM FERIDAS

Não recomendamos a coleta de material superficial das feridas, pois o swab de úlceras ou feridas não é a amostra mais adequada para recuperar o agente responsável pela infecção.

Os agentes responsáveis pelo processo infeccioso não estão nas secreções superficiais, que podem conter microrganismos que apenas colonizam as feridas. Os microrganismos de importância para o processo infeccioso estão nos tecidos hiperemiados e edemaciados, porém não desvitalizados. Portanto, antes da coleta as lesões devem ser limpas com soro fisiológico, sem realizar fricção e o material preferencialmente obtido por biópsia.

Os resultados obtidos por meio de biópsia (retirada de um pequeno pedaço de tecido) são mais fidedignos, uma vez que culturas de swab proporcionam resultados com crescimento apenas de flora superficial que pode não ser a fonte infectante.

### **Alguns critérios para indicação da coleta de material para cultura:**

**Ferida Operatória:** com presença de sinais inflamatórios como edema, hiperemia e calor local ou secreção com ou sem sinal sistêmico (febre).

- **Úlceras:** não recomendamos a coleta de rotina de material para cultura exceto em pacientes com febre e sem outro foco aparente de infecção, ou com presença evidente de secreção sem resposta ao tratamento local (curativo). A coleta de material para cultura também poderá ser recomendada pela CCIH.

A coleta inadequada do material além de dificultar a interpretação, gera custos desnecessários para o processamento dos exames e induz o uso inadequado de antimicrobianos.

Quando não for possível a realização de biópsia, realizar a coleta com swab.

### **Técnica de coleta com swab:**

Material: Todo material para curativo mais um swab estéril com meio de cultura.

Procedimentos:

- Limpar minuciosamente a ferida com soro fisiológico, sem fricção;
- Gire suavemente o swab no interior da ferida e depois bordas da ferida;
- Coloque o swab em meio de cultura, identifique-o e encaminhe ao laboratório.



## PRODUTOS PADRONIZADOS PARA CURATIVOS

### Alginato de Cálcio

**Composição:** consiste em fibras de não-tecido e estéril, contendo alginato de cálcio e sódio. Os alginatos são polímeros naturais, contendo ácido algínico como princípio ativo, extraídos de algas marinhas (Laminaria).

**Mecanismo de ação:** as fibras de alginato de cálcio e sódio em contato com o exsudato da ferida, solução salina ou sangue formam uma camada firme de gel, hidrolítico, hemostático possuindo uma grande capacidade de absorção. Este gel forma um ambiente úmido e aquecido entre a ferida e o curativo.

**Indicações:** feridas altamente exsudativas, com sangramento, limpas ou infectadas, agudas ou crônicas, superficiais ou profundas. Pode ser usado para tratamento de feridas como:

- Úlceras de pernas (venosas, arteriais e mistas); úlceras diabéticas e por pressão (parcial e total);
- Feridas deiscidas, incisões pós-cirúrgicas, feridas externas causadas por traumas. Incluem-se: manejo local de feridas hemorrágicas (lacerações, abrasões, sangramentos de nariz, extrações de dentes e após desbridamento cirúrgico); exsudatos em feridas oncológicas (tumores cutâneos fungoides, carcinoma fungoide, metástases cutâneas, Sarcoma de Kaposi e angiosarcoma).

**Contraindicações:** não deve ser usado em pacientes com sensibilidade ao curativo ou seus componentes; lesões secas ou com pouca exsudação; queimaduras de terceiro grau; feridas com hemorragia intensa, nem como esponja cirúrgica.

### Instruções de uso:

- Irrigar a lesão com jato de solução fisiológica a 0,9%;
- Remover o excesso de exsudato e tecido desvitalizado, quando necessário;
- Secar apenas a região periférica;
- Colocar a placa ou fita de alginato diretamente no leito da lesão, modelando-a no interior da ferida. Não deixar que a fibra ultrapasse a borda da ferida, com risco de prejudicar a epitelização. Para feridas levemente exsudativas, o curativo de alginato deverá ser colocado na ferida e umedecido com soro fisiológico;

- Ocluir com cobertura secundária absorvente estéril, e, finalmente, fixar com fita adesiva. A cobertura secundária também pode ser filme estéril transparente ou hidrogel, dispensado, se for o caso, a fita adesiva.

#### **Periodicidade de troca:**

- Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada;
- Trocar o curativo de alginato (cobertura primária):
- Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas;
- Feridas limpas altamente exsudativas: quando saturada a cobertura secundária.

#### **Observação:**

- Quando o exsudato diminuir e a frequência das trocas estiverem sendo feitas a cada 3 ou 4 dias, significa que é hora de usar outro tipo de curativo.

#### **Carvão Ativado**

**Composição:** cobertura de contato de baixa aderência, envolta por uma camada de não-tecido selada em toda sua extensão (Actisorb Plus 25, Carbo Flex, Vliwaktiv) e uma camada interna de carvão ativado impregnada ou não com prata a 0,15%. Pode ter em sua composição outros produtos associados, tais como alginato de cálcio e hidrocoloide (Carbo Flex).

**Mecanismo de ação:** o tecido de carvão absorve os gases voláteis que provocam o mau cheiro e os micro-organismos produtores dessas substâncias. A prata exerce efeito bactericida sobre os micro-organismos auxiliando no controle de infecção da ferida. O envoltório de não-tecido não permite que as partículas de carvão sejam liberadas na ferida, além de absorver o exsudato proveniente da ferida.

**Indicações:** É indicado para feridas exsudativas, limpas ou infectadas, crônicas ou agudas, superficiais ou profundas, com ou sem odor; feridas neoplásicas.

**Contraindicações:** feridas limpas sem exsudato e queimaduras.

**Instruções de uso:**

- Irrigar a lesão com jato de solução fisiológica a 0,9%;
- Remover o excesso de exsudato e tecido desvitalizado, quando necessário;
- Secar apenas a região periférica;
- Colocar a placa ou sache de carvão ativado diretamente no leito da lesão, modelando-a no interior da ferida. O curativo não deve ter sua integridade rompida, para que não ocorra dispersão das partículas de carvão ativado no leito da ferida;
- Ocluir com cobertura secundária absorvente estéril, e, finalmente, fixar com fita adesiva.

**Periodicidade de troca:**

- Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada;
- Trocar o curativo de carvão ativado (cobertura primária):

Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas;

Feridas limpas exsudativas: inicialmente a cada 24 horas. Dependendo do volume de exsudato presente na ferida e da absorção do curativo, a troca deverá ser realizada de 3 a 7 dias. Quando a ferida estiver sem infecção, a troca deverá ser feita de 3 a 7 dias.

**Observações:**

- Quando reduzir o exsudato e o odor e observar a presença de granulação da ferida, substituir o carvão ativado por outro tipo de curativo que promova a manutenção do meio úmido;
- Não cortar o curativo de carvão.

**Fibra de Carboximetilcelulose - Hidrofibra**

**Composição:** curativo não tecido composto por fibras agrupadas de carboximetilcelulose sódica.

**Mecanismo de ação:** apresenta-se em forma de fita ou placa, macia e estéril. Tem capacidade de absorver de moderado a intenso exsudato formando um gel, que se adapta a superfície da ferida formando meio úmido, promovendo desbridamento autolítico. Sua absorção ocorre na vertical e horizontal. Cria um ambiente úmido ideal para cicatrização.

**Indicações:** ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem sangramento (controla pequenas hemorragias), com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias (utilizar fita), queimaduras de primeiro e segundo grau. Feridas cavitárias e sanguinolentas.

**Contraindicações:** reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.

**Instruções de uso:**

- Irrigar a lesão com jato de solução fisiológica a 0,9%;
- Remover o excesso de exsudato e tecido desvitalizado, quando necessário;
- Secar apenas a região periférica;
- Colocar a fita ou placa de fibra de carboximetilcelulose diretamente no leito da lesão de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão. Em feridas cavitárias introduzir a fita preenchendo o espaço parcialmente, deixando margem mínima de 2,5 cm da fita para fora da superfície para facilitar a retirada;
- Ocluir com cobertura secundária absorvente estéril, e, finalmente, fixar com fita adesiva.

**Periodicidade de troca:**

f) Trocar quando houver saturação da cobertura ou extravasamento exsudato, não ultrapassando 07 dias após a aplicação.

**Observações:** A hidrofibra associada a prata tem ação antimicrobiana sobre a superfície da ferida, prevenindo assim a colonização dentro do curativo.

**Papaína**

**Composição:** complexo de enzimas proteolíticas, retirado do látex do mamão papaia (*Carica papaya*). Pode ser obtida do mamão in natura por procedimentos artesanais ou industriais. Neste último caso, pode ser associado à ureia (Gladase, Accuzyme). No caso de procedimentos artesanais, lava-se o mamão verde com água e sabão, enxuga-se com compressa estéril, cõa-se o material, espremendo até obter apenas a parte líquida, que é colocada em recipiente plástico estéril, para armazenar por 24 horas, e utilização.

**Mecanismo de ação:** provoca dissociação das moléculas de proteína, resultando em desbridamento químico; bactericida e bacteriostático; estimula a força tênsil das cicatrizes e acelera o processo cicatricial.

**Indicações:** tratamento de feridas abertas, limpas ou infectadas; desbridamento de tecidos desvitalizados.

**Contraindicações:** contato com metais, devido ao poder de oxidação; tempo prolongado de preparo devido à instabilidade da enzima (fácil deterioração).

**Instruções de uso:**

- Lavar abundantemente o leito da ferida com solução de papaína ou com solução fisiológica;
- Remover o exsudato e tecido desvitalizado se necessário;
- Na presença de necrose espessa, riscar a crosta com bisturi para facilitar a absorção do produto;
- Secar a área adjacente;
- Aplicar uma gaze embebida em solução de papaína ou papaína gel, ou fina camada de papaína em pó diretamente no leito da ferida;
- Ocluir com cobertura secundária;
- Fixar.

**Periodicidade de troca:**

**g)** No máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo secundário.

**Observações:**

- h)** Se a ferida for cavitária, irrigar a ferida com jatos de solução de papaína com auxílio de uma sonda ou seringa estéril. Em caso de irrigação direta no peritônio, a papaína deve estar na concentração de 1%, caso contrário, a diluição pode ser de 10% em presença de necrose, de 6% em presença de abundante exsudato purulento, de 4% na vigência de médio exsudato e de 2%, se houver pouco exsudato.
- i)** Pode ser associado ao carvão ativado ou hidrocoloide.

### **Curativo não aderente estéril**

**Composição:** tela de acetato de celulose, impregnada com emulsão de petrolatum, solúvel em água, não aderente e transparente.

**Mecanismo de ação:** proporciona a não aderência da ferida e permite o livre fluxo de exsudatos.

**Indicações:** lesões superficiais de queimaduras, úlceras, áreas doadoras e receptoras de enxerto, abrasões, lacerações e demais lesões com necessidade da não aderência do curativo à lesão. Feridas superficiais limpas.

**Contraindicações:** feridas com cicatrização por primeira intenção e feridas infectadas.

### **Instruções de uso:**

- Lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Remover exsudatos e tecidos desvitalizados se necessário;
- Secar área adjacente;
- Cobrir o leito da ferida com o curativo não aderente (primário);
- Cobrir a ferida com cobertura secundária estéril;
- Fixar.

**Periodicidade de troca:** trocar o curativo de contato sempre que apresentar aderência à lesão ou de acordo com saturação do curativo secundário.

### **Observações:**

- Produtos de hidrogenocarbonatos saturados derivados do petróleo podem causar irritação e reação granulomatosas;
- Requer curativo secundário.

### **Ácidos graxos essenciais (AGE) e triglicerídeos de cadeia média (TCM)**

**Composição:** Triglicerídeos são compostos de hidrogênio, carbono e oxigênio. Os ácidos graxos essenciais não podem ser sintetizados pelo organismo humano. Os ácidos linoléico e o linolênico participam do transporte e metabolismo de gorduras e ajudam na manutenção da função e integridade da membrana celular.

**Mecanismo de ação:** O ácido linoléico provoca uma resposta inflamatória, causando acúmulo de leucócitos e macrófagos, resultando em mudanças histológicas teciduais durante a formação de tecido de granulação, o que aumenta sua proliferação. O óleo vegetal composto por ácido linoléico, ácido ceprílico, ácido ceprico, vitamina A, vitamina E e lecitina de soja. A aplicação tópica deste produto em pele íntegra tem grande absorção e forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local. Os ácidos graxos essenciais são importantes por atuar na formação de fosfolipídios da membrana celular dos leucócitos. Favorecem o processo de cicatrização da ferida, por facilitar a entrada de fatores de crescimento celular e a mitose. Promove quimiotaxia (atração de leucócitos) e a angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantêm o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual.

**Indicação:** Tratamento de úlceras de pressão, escaras isquêmicas e diabéticas, deiscências cirúrgicas e lesões da pele com ou sem presença de infecção, desde que sejam desbridados previamente. É utilizado também na prevenção de úlcera de decúbito.

**Contraindicações:** Basicamente não há contraindicação, porém ressalta-se que na presença de grande quantidade de exsudato, o produto fica flutuando sobre o mesmo o que dificulta sua ação no leito da ferida.

**Instruções de uso:**

- Realizar a limpeza da lesão com solução fisiológica a 0,9% de modo a remover a sujidade da lesão (tecidos desvitalizados e exsudato se houver);
- Irrigar a ferida com o AGE, ou cobrir o leito da ferida com gaze estéril e irrigá-los com AGE até que fiquem embebidos de modo a manter a ferida úmida até a próxima troca;
- Colocar a cobertura secundária adequada;
- Fixar.

**Periodicidade de troca:** No máximo a cada 24 horas.

**Observações:**

- Os ácidos graxos essenciais podem ser associados a outros produtos como alginato de cálcio ou carvão ativado, bem como podem ser utilizados diversos tipos de coberturas.

**Filme transparente semipermeável**

**Composição:** Constitui-se de membrana semipermeável.

**Mecanismo de ação:** permite as trocas gasosas entre a lesão e o meio ambiente possibilitando a manutenção do meio úmido no leito da ferida e promovendo o desbridamento autolítico, e, ao mesmo tempo, impede a invasão bacteriana devido à seletividade dos poros dessas películas. É transparente o que facilita a visualização da ferida. É de fácil aplicação por ser aderente as superfícies secas.

**Indicações:** Cobertura de incisões cirúrgicas e de cateteres vasculares.

**Contraindicações:** feridas abertas e lesões com grande quantidade de exsudatos e lesões que apresentam fragilidade cutânea periférica

**Instruções de uso:**

- Lavar a ferida com solução fisiológica a 0,9 %;
- Secar completamente a ferida;
- Aplicar álcool a 70%;
- Colocar o filme transparente.

**Periodicidade de Troca:**

- É importante deter o curativo, pois pode ser mantido até sete dias dependendo do curativo.

**Observações:** Ao contato direto com a lesão, dispensa curativo secundário. Pode ser utilizado com outros produtos que estimulem o tecido de granulação.



## **Hidrocoloide**

**Composição:** Curativo composto por partículas com capacidade de absorção (gelatina, pectina e carboximetilcelulose) dispersas em água formando um gel semi-sólido. Gelatina – proteína purificada hidrossolúvel com odor característico, que em contato com a água forma um gel consistente, com ação hemostática local. Pectina– Carboidrato purificado que protege a pele e as membranas mucosas em contato com substâncias irritantes por absorção e que em contato com a água forma um gel consistente. Carboximetilcelulose – polissacarídeo com ação protetora da pele, evita a irritação com grande capacidade de absorção de líquidos. É uma substância amplamente utilizada na fabricação de medicamentos e alimentos.

**Mecanismo de ação:** Propicia meio úmido favorecendo o processo de cicatrização. Auxilia do desbridamento autolítico e hidrata terminações nervosas diminuindo a dor local.

**Indicações:** úlceras de pressão de estágio II a IV; úlceras venosas; feridas cirúrgicas, úlceras de diabetes; escoriações e lacerações.

**Contraindicações:** Não deve ser utilizado em feridas muito exsudativas ou com colonização ou infecção.

### **Instruções de Uso:**

- Irrigar a lesão com solução fisiológica a 0,9%;
- Secar apenas a região periférica;
- Colocar a pasta ou placa de hidrocoloide diretamente no leito da lesão de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão;
- Ocluir com cobertura secundária absorvente estéril, e, finalmente, fixar com fita adesiva.

**Periodicidade de troca:** É importante deter o curativo, pois pode ser mantido até sete dias.

**Observações:**

- **O hidrocoloide em pasta realiza melhor preenchimento de cavidades moderadamente exsudativas e apresenta maior capacidade de absorção.**

O hidrocoloide em placa possui compostos que vão se desprendendo um de cada vez e forma o gel líquido que se desprende da placa.

**Hidrogel**

**Composição:** Gel transparente, incolor, composto por:

- Água (77,7%);
- Carboximetilcelulose – CMC (2,3%);
- Propilenoglicol – PPG (20%).

**Mecanismo de ação:** Amolece e remove tecido desvitalizado através de desbridamento autolítico.

- Água - mantém o meio úmido;
- CMC – facilita a reidratação celular e o desbridamento;
- PPG - estimula a liberação de exsudato;
- Pectina: absorve a água formando soluções coloidais viscosas e o palescentes (gel) com propriedades protetoras sobre as mucosas.

**Indicações:** Remover crostas e tecidos desvitalizados de feridas abertas.

**Contraindicações:** Utilizar em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.

**Instruções de uso:**

Lavar o leito da ferida com SF 0,9%.

Espalhar o gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade asséptica. Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril.

**Periodicidade de troca:**

Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas.

Necrose: no máximo a cada 72 horas.

Observações: Necessita de cobertura secundária.

**Colagenase**

**Composição: Composto por 90% de colágeno e 10% de alginato de cálcio.**

**Mecanismo de Ação: O colágeno fornece estrutura para o crescimento celular e o alginato formando um gel que proporciona o meio úmido. Não adere ao leito da lesão preservando assim o tecido neoformado.**

**Indicações:** Indicado desbridamento enzimático suave não invasivo de lesões, indicada para lesões isquêmicas e feridas necróticas. Apresenta ação desbridante e fibrenolítico; age seletivamente degradando o colágeno inativo da ferida.

**Contraindicações:** Feridas com tecido de granulação, sem áreas de necrose. Pacientes em uso de anticoagulante. Feridas com cicatrização por primeira intenção. Utilizar em paciente sensíveis a enzima.

**Instruções de Uso:** Lavagem prévia com SF 0,9%, secar ao redor da lesão e colocar cobertura secundária.

**Periodicidade de Troca:** Diariamente a cada 24hs.

**Observação:** Há controvérsias quanto a eficácia das pomadas enzimáticas como estimulador da granulação e epitelização, visto que com o aumento dos níveis de ação das proteinases, temos a degradação dos fatores de crescimento e dos receptores de membrana celular, que são importantes para o processo de cicatrização.

## **Sulfadiazina de Prata**

**Composição:** Sulfadiazinade prata a 1% hidrófilico.

**Mecanismo de ação:** o íon prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica.

**Indicações:** prevenção de colonização e tratamento de feridas.

**Contraindicações:** hipersensibilidade.

**Instruções de uso:** Lavar a ferida com S.F. 0,9%.

Remover todo o excesso de pomada e tecido desvitalizado. Aplicar o creme assepticamente por toda extensão da lesão. Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com cobertura secundário estéril.

### **Periodicidade de troca:**

- Deve ser trocada a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.
- Deve ser removido o excesso de pomada remanescente a cada troca de curativo.
- Dever ser colocada assepticamente sobre a lesão.

**Observações:** retirar o excesso de pomada remanescente a cada troca de curativos.

## PRODUTOS CONTRAINDICADOS PARA CURATIVOS

Produto	Efeito na ferida	Contraindicação
Permanganato de potássio	Resseca os tecidos.	Impossibilita que o leito da ferida se torne úmido.
Povidine (PVPI)	Citotóxico para feridas. Destroi os fibroblastos.	Pode causar dermatites, existem relatos de absorção pela mucosa e lesões, podendo levar tardiamente a uma tireoidite e até mesmo, insuficiência renal se usado por tempo prolongado.
Antibiótico Tópico	Seleção de flora bacteriana no local da lesão, prejudicando a cicatrização.	Predispõe a hipersensibilidade ao antibiótico e dermatites.
Corticoides	Desfavorece o processo inflamatório por ação anti-inflamatória retardando o crescimento tecidual.	Retarda o processo de cicatrização.
Éter/Benzina	Ação irritante, resfria o tecido peri-lesão, desidrata o mesmo.	Retarda o processo de cicatrização e promove ressecamento do tecido peri-lesão.
Violeta Genciana	É citotóxica para os fibroblastos e dificulta a granulação.	Promove ressecamento da lesão, pode provocar manchas na pele.
Lidocaína Gel	Não promove efeito anestésico comprovado	Inibe a ação de outros produtos que serão usados nas feridas ex: pomada desbridante.

## POP 18 – ROTINA DE TROCA DE DISPOSITIVOS

### Rotina de Troca de Dispositivos

Objetivo: Visa prevenir a contaminação de dispositivos, bem como diminuir a incidência de infecção hospitalar associada a estes dispositivos.

TIPO DE CATETER	TEMPO DE PERMANÊNCIA	OBSERVAÇÃO
<i>Cateter Vascular Central (CVC) - Intracath</i>	Sem troca programada	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização
CVC com acesso por flebotomia	Adultos: 4 a 5 dias Crianças: na suspeita de complicação	Deve ser evitado por apresentar complicações frequentes
Cateter venoso para hemodiálise	Sem troca programada	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização
<i>Cateter arterial periférico</i>	05 dias (retirar)	Evitar coleta de sangue por este acesso
Cateter Venoso Periférico	Adultos: Scalp: 72 horas Jelco: 96 horas Crianças: trocar o cateter apenas se ocorrer complicação (ex: flebite)	Quando inserido em situação de emergência, a troca deverá ocorrer em até 48 horas.
Cateter de Tenkoff	Sem troca programada	Trocar apenas em caso de sinais de peritonite, obstrução ou mal funcionamento
Cateter Peridural	48 horas	
Equipo (macrogotas, microgotas e bomba infusora), dupla via e torneirinhas	A cada 96 horas	Trocar em intervalo menor se houver sujidade visível
Equipo para administração de soluções lipídicas ou hemoderivados	Após cada infusão	
Equipo para bomba infusora de dieta enteral	24 horas	

<i>Curativo de acesso vascular profundo</i>	Micropore e Gaze: a cada 24h Filme transparente: trocar a cada 7 dias	Ambos deverão ter suas trocas antecipadas em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido
Circuito ventilador e sistema de aspiração fechado	Trocar sempre que houver sujidade visível	
Frasco de Aspiração	Lavado com água e sabão a cada 12 horas e trocado a cada paciente	Entre um paciente e outro os frascos devem sofrer esterilização ou desinfecção de alto nível
<i>Ambu</i>	Trocar em caso de sujidade visível	Entre um paciente e outro, os ambus devem sofrer esterilização ou desinfecção de alto nível
<i>Cateter Vesical de Demora</i>	Não há troca programada	O intervalo determinado pelo fabricante, devido a desgaste do material é de 30 dias
Cateter Nasogástrico	07 dias	Recomendação do fabricante
Cateter Nasoentérico		Recomendação do fabricante
Coletor urinário sistema aberto (jontex + sacola plástica)	A cada 24 horas ou se necessário	
Umidificador de O2	Sem troca programada	
Macronebulizador	Trocar na presença de sujidade	
Micronebulizador	24 horas	O extensor (chicote) deve ser limpo com álcool a 70% diariamente

#### 4.7.2.5 Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Farmácia Hospitalar

O Serviço de Farmácia Hospitalar constitui-se como um sistema complexo e relevante no âmbito da gestão de sistemas e serviços de saúde, não somente por contemplar um dos insumos básicos para cuidados aos pacientes, como também pelos altos custos envolvidos.

A atuação do serviço de farmácia do **CHRDJC** será avaliada pela equipe técnica da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** visando a reorganização das ações no hospital, em conformidade com a legislação vigente. Nesse sentido, a presente proposta apresenta alguns dos Procedimentos Operacionais Padrão para o Serviço de Farmácia Hospitalar, conforme o perfil do hospital e serviços que serão reestruturados e implantados. Os Procedimentos Operacionais Padrão apresentados servirão como modelo para a equipe, a fim de nortear a elaboração/atualização dos protocolos na referida unidade hospitalar.

LISTAGEM	
Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Farmácia Hospitalar	
<b>POP 01</b>	ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES
<b>POP 02</b>	ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS EM REFRIGERADOR
<b>POP 03</b>	CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE
<b>POP 04</b>	MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL
<b>POP 05</b>	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE FORMA INDIVIDUAL
<b>POP 06</b>	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS CONTROLADOS PELA SCIH
<b>POP 07</b>	ETIQUETAS DE PACIENTES
<b>POP 08</b>	ETIQUETAS DE PRODUTOS
<b>POP 09</b>	INDICADORES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
<b>POP 10</b>	ROTINA DA FARMÁCIA
<b>POP 11</b>	UNITARIZAÇÃO DE COMPRIMIDOS
<b>POP 12</b>	SAÍDA DE REQUISIÇÃO ELETRÔNICA DE CONSUMO INTERNO
<b>POP 13</b>	SOLICITAÇÃO DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES
<b>POP 14</b>	CONTROLE DE VALIDADE DE LOTES E DESCARTE DE MAT/MED



## **POP 01 - ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para o armazenamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares ordenando-os adequadamente em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação que lhe são exigidas.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Caneta e carimbo.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Conferir e receber os produtos;
2. Armazenar os medicamentos sujeitos a controle especial em armário exclusivo;
3. Armazenar medicamentos e materiais médico-hospitalares em ambiente ventilado, com umidade controlada, sem incidência direta de luz solar;
4. Encaminhar medicamentos para organização nas caixas tipo "bin": retirar os medicamentos das embalagens originais e colocar nas caixas tipo "bin" que serão posicionadas em ordem alfabética;
5. Colocar os materiais médico-hospitalares de grande volume sobre palites afastados do piso, possibilitando a higienização e limpeza;
6. Colocar os materiais médico-hospitalares de pequeno em prateleiras e gavetas;
7. Colocar os medicamentos próximos ao vencimento na frente dos demais.

## **6 - RECOMENDAÇÕES**

1. Separar para descarte os medicamentos controlados pela Portaria SVS/MS N°. 344/1998 com prazo de validade expirado ou com outra irregularidade (danificado, contaminado, proibido comercialização, quebra etc.);
2. Controlar e registrar a temperatura dos locais onde estiverem medicamentos armazenados: proceder registro 2 vezes ao dia nos livros de registro de controle da temperatura;
3. Não é permitido comer, beber ou fumar dentro do recinto de armazenamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares;
4. Deve ser mantido extintor de incêndio em local visível e de fácil acesso.

## **POP 02 - ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS EM REFRIGERADOR**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para o condicionamento e armazenamento de medicamentos termolábeis no refrigerador existente na farmácia.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Caneta, planilha de registro de temperatura, termômetro, refrigerador.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Realizar armazenamento dos medicamentos/vacinas de acordo com o princípio ativo, distribuindo-os de forma descendente, iniciando na primeira prateleira e da esquerda para a direita;  
**Obs.** Obedecer a lista com o nome dos medicamentos armazenados dentro do refrigerador para facilitar a identificação e controle (anexo).
2. Realizar armazenamento dos medicamentos/vacinas por número de lote e por prazo de validade;

3. Manter espaços entre caixas ou frascos de medicamentos para permitir a circulação de ar e distância adequada entre as caixas ou frascos e as paredes do refrigerador.

## **6 - OBSERVAÇÕES**

1. Não é permitido o armazenamento de alimentos e bebidas dentro do refrigerador destinado ao acondicionamento de medicamentos ou de vacinas.
2. Não é recomendada a guarda de medicamentos na porta do refrigerador, uma vez que se trata de uma área mais suscetível a mudanças bruscas de temperatura.
3. As planilhas de registros diários de temperatura do refrigerador são arquivadas no livro de controle de temperatura do refrigerador.

## **7 - RECOMENDAÇÕES**

1. O refrigerador destinado ao estoque de medicamentos termolábeis não será o mesmo destinado ao armazenamento de vacinas. Cada refrigerador terá uso exclusivo para um ou para outro e nunca para os dois concomitantemente;
2. Os medicamentos/vacinas com datas de validade mais próximas devem ser estocados à esquerda e na frente, para que sejam distribuídos primeiramente;
3. Se houver recebimento de dois lotes diferentes do mesmo produto, a estocagem é feita separadamente;
4. A temperatura dentro do refrigerador deverá estar situada entre 2° C e 8° C para permitir a conservação ideal dos medicamentos/vacinas. Deve ser verificada e registrada diariamente em planilha específica, para acompanhamento e adequação aos níveis ideais, anotando-se a data, o horário, as temperaturas atuais, mínimas e máximas, alguma observação que seja pertinente e a rubrica do responsável pelo registro;
5. Em casos de medicamentos/vacinas que necessitem de acondicionamento abaixo de 2° C, deve-se estocá-los no compartimento do congelador, obedecendo aos mesmos critérios de armazenamento (princípio ativo, número de lote, prazo de validade). Da mesma forma, o registro da temperatura deve ser realizado diariamente;
6. Quando se fizer necessário o descongelamento do refrigerador para limpeza ou manutenção, os medicamentos/vacinas devem ser transferidos para outro refrigerador ou recipiente que mantenha as mesmas condições exigidas de armazenamento;

7. Em caso de falha operacional ou falta de fornecimento de energia que interrompa o funcionamento do refrigerador, deve ser feito o registro do fato, especificando dia, horário, temperatura, e período parado por conta da falha em planilha de registro de temperatura no campo delimitado para ocorrências de falha.

## 8 - ANEXOS

Anexo A – Conteúdo de Termolábeis do Refrigerador.

Anexo B – Controle de Temperatura do Refrigerador.

### Anexo A – LISTA DE TERMOLÁBEIS DO REFRIGERADOR

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Atracúrio	10mg/ml – 2,5 ml
Cisatracúrio	2mg/ml – 5 ml
Rocurônio	10mg/ml – 5 ml
Imunoglobulina	300 mcg/ 2,0 ml
Insulina NPH	100 UI/ml
Insulina Regular	100 UI/ml
Ocitocina	5 UI/ml – 2 ml

**Anexo B – CONTROLE DA TEMPERATURA DA GELADEIRA**  
**Controle de Temperaturas**

	GELADEIRA				Intercorrências -----	Assinatura -----
	08h30		16h30			
	°C int	°C ext	°C int	°C ext		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Mês \_\_\_\_\_/2019

Departamento de Farmácia

## **POP 03 – CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE**

### **1 - FINALIDADE:**

Realizar o controle da temperatura e umidade no ambiente do CAF, da Sala da Farmácia e no Refrigerador através de termômetros instalados pela farmácia.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Caneta, planilha de registro de temperatura do Refrigerador, planilha de registro de temperatura e umidade da Sala da Farmácia, planilha de registro de temperatura e umidade do CAF, termômetro, termo higrômetros e refrigerador.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

#### **Registro de Temperatura e Umidade do CAF**

Manter os medicamentos e correlatos armazenados em locais com temperatura de ambiente entre 15°C e 30°C, ou conforme especificação do fabricante, e umidade relativa de 35% a 65%.

Todos os dias as 08:30 da manhã e as 16:30 da tarde, o responsável pela aferição da temperatura e umidade deve se direcionar ao termo higrômetro na área do CAF e fazer o registro na planilha que está no livro controle de temperatura do CAF (o visor superior indica a temperatura em °C ou °F, a seleção da unidade desejada é feita pela chave na parte superior traseira, o visor inferior indica a umidade relativa do ar em %). Comparar se os valores obtidos no dia para a temperatura se estão de acordo com os valores padrão, que são de no mínimo 15°C e no máximo 30°C e para umidade no mínimo de 35% e no máximo 65%. Caso a temperatura e umidade verificada não estejam de acordo com os limites estipulados pelo fabricante, adotar medidas de ações corretivas sejam elas aumentando (usar o indicador (↑)) ou diminuindo (usar o indicador (↓)) a temperatura e anotar no campo de intercorrências da planilha de controle.

### **Procedimento: Registro de Temperatura e Umidade da Sala da Farmácia**

Manter os medicamentos e correlatos armazenados em locais com temperatura de ambiente entre 15°C e 30°C, ou conforme especificação do fabricante, e umidade relativa de 35% a 65%. Todos os dias as 08:30 da manhã e as 16:30 da tarde, o responsável pela aferição da temperatura e umidade deve se direcionar ao termo-higrômetro na área da Sala da Farmácia e fazer o registro na planilha (anexo) que está no livro controle de temperatura da Sala da Farmácia (o visor superior indica a temperatura em °C ou °F, a seleção da unidade desejada é feita pela chave na parte superior traseira, o visor inferior indica a umidade relativa do ar em %).

Comparar se os valores obtidos no dia para a temperatura se estão de acordo com os valores padrão, que são de no mínimo 15°C e no máximo 30°C e para umidade no mínimo de 35% e no máximo 65%. Caso a temperatura e umidade verificada não estejam de acordo com os limites estipulados pelo fabricante, adotar medidas de ações corretivas sejam elas aumentando (usar o indicador (↑)) ou diminuindo (usar o indicador (↓)) a temperatura e anotar no campo de intercorrências da planilha de controle.

### **Procedimento: Registro de Temperatura do Refrigerador**

Manter os medicamentos armazenados no refrigerador com temperatura de ambiente entre 15°C e 30°C, e temperatura do refrigerador entre 2°C e 8°C.

Todos os dias as 08:30 da manhã e as 16:30 da tarde, o responsável pela aferição da temperatura deve se direcionar ao termômetro do refrigerador e registrar temperatura na planilha (anexo) que está no livro controle de temperatura do Refrigerador (onde "IN" é a temperatura do ambiente e "OUT" a temperatura interna do refrigerador).

Comparar se os valores obtidos no dia para a temperatura do refrigerador se estão de acordo com os valores padrão, que são de no mínimo 2°C e no máximo 8 °C. Caso a temperatura verificada não esteja de acordo com os limites estipulados pelo fabricante, adotar medidas de ações corretivas sejam elas aumentando (usar o indicador (↑)) ou diminuindo (usar o indicador (↓)) a temperatura e anotar no campo de intercorrências da planilha de controle de temperatura.

## 6 - ANEXOS

### Anexo A – Planilha de Registro de Controle de Temperatura e umidade do CAF

	CAF						Intercorrências	Assinatura
	08h30			16h30				
	IN	%	OUT	IN	%	OUT	-----	-----
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								



**Anexo B - Planilha de Registro de Controle de Temperatura e umidade da Sala da Farmácia**

	SALA DA FARMÁCIA						Intercorrências	Assinatura
	08h30		OUT	16h30				
	IN	%		IN	%	OUT	-----	-----
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

**Anexo C – Planilha de Registro de Controle de Temperatura do Refrigerador**

	REFRIGERADOR				Intercorrências	Assinatura
	08h30		16h30			
	IN	OUT	IN	OUT	-----	-----
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

## **POP 04 – MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para orientação quanto ao controle, dispensação e escrituração nos livros dos medicamentos sujeitos ao controle especial – Portaria SVS/MS N°. 344/1998.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Caneta, carimbo, notas fiscais de aquisições, receitas ou prescrições médicas e autos de inutilização expedido pela Vigilância Sanitária.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Adquirir os medicamentos sujeitos ao controle da Portaria SVS/MS N°. 344/1998 somente com nota fiscal emitida em nome do hospital.
2. Escriturar em livro próprio e com abertura feita na Vigilância Sanitária as notas fiscais de compra no ato de sua chegada.
3. Manter os medicamentos armazenados em armário exclusivo, sob chave e está sob a guarda do funcionário responsável, armazenando-os conforme POP de armazenamento de medicamentos.
4. Dispensar a medicação somente com receita médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico.
5. Conferir a receita, nome do medicamento, concentração e forma de apresentação, evitando erros de dispensação.
6. Manter os livros de registro atualizados, lançando notas e receitas diariamente ou no máximo semanalmente, e em local de fácil acesso, disponível a fiscalização da Vigilância Sanitária. Escriturar as notas fiscais com as datas de entrega dos produtos confirmada mediante carimbo da mesma.

7. Escribir os livros de acordo com a lista o qual pertence, indicando no termo de abertura do livro. Um medicamento por página, indicando na última linha a página para onde foi transportado. Escribir os receituários com a mesma data do aviamento.
8. Estabelecer um índice página; substância ou medicamento na contracapa.
9. Evitar a utilização de corretivo, fazer estorno de lançamentos incorretos com as devidas alterações de correção de estoque.
10. Encaminhar os medicamentos vencidos, quebrados ou avariados a Vigilância Sanitária, com os Autos de Inutilização devidamente preenchidos em três vias, assinadas e carimbadas pelo farmacêutico responsável. Anotar no livro na coluna de perdas a quantidade, dando baixa no estoque, e o número do Auto de Inutilização fornecido pela Vigilância Sanitária.

## **POP 05 – DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE FORMA INDIVIDUAL**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para padronizar ações quanto a dispensação de medicamentos de forma individual.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Caneta, carimbo, prescrição eletrônica ou manual, sacos plásticos, etiquetas autoadesivas.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Separar os medicamentos em caixas tipo “bins” de acordo com o horário posológico prescrito;
2. Embalar os medicamentos em sacos plásticos e etiquetar de acordo com o horário;
3. Separar os Kits montados constando todos os horários para 24 horas;
4. Entregar os kits nos postos de enfermagem e aguardar a conferência pela enfermagem.

## **6 - RECOMENDAÇÕES**

1. Os comprimidos deverão ser devidamente identificados com nome, dosagem, lote, validade e data de fabricação;
2. Os medicamentos deverão ser dispensados conforme prescrição médica;
3. Os materiais médico-hospitalares serão repostos através de requisições diariamente;
4. A prescrição médica é verificada pela equipe de enfermagem e encaminhada para a Farmácia para montagem dos kits;
5. Em caso de prescrição de medicamento não padronizado pelo hospital, comunicar o médico prescritor, para que a substituição do mesmo seja feita. Caso contrário, iniciar processo para solicitação do medicamento ao departamento de compras;
6. Os medicamentos sujeitos ao controle especial somente são dispensados mediante receita assinada e carimbada pelo prescrito do medicamento;
7. As medicações para os pacientes do centro cirúrgicos serão encaminhadas individualmente em caixas especiais chamadas Psicobox, e após cirurgia, as receitas carimbadas e assinadas serão enviadas à farmácia.

## **POP 06 – DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS CONTROLADOS PELA SCIH**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento padrão para garantir a correta dispensação de medicamentos antimicrobianos e o controle do uso dos mesmos.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia, Secretária da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Computador, Sistema Eletrônico, Etiquetas autoadesivas, impressora zebra.

## **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Recebimento da prescrição médica ou prescrição coletiva com o nome do paciente acompanhada da justificativa de uso de antimicrobiano devidamente preenchida conforme modelo;

2. Triagem da prescrição médica pelo farmacêutico;

3. Abertura da ficha de antimicrobiano conforme modelo;

4. Anotar a data e a quantidade fornecida na ficha de antibiótico;

5. Separação da medicação;

6. Entrega e conferência da medicação pelo servidor da unidade de internação.

## **POP 07 – ETIQUETAS DE PACIENTES**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para a padronização de produção de etiquetas de pacientes que auxiliam na identificação dos kits dos pacientes.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia, Secretária da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Computador, Sistema Eletrônico, Etiquetas autoadesivas, impressora zebra.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Acessar o ícone do sistema eletrônico;

2. Entrar na área de atendimento;

3. Acessar área de relatórios básicos;

4. Em seguida, acessar etiquetas de atendimentos;

5. Realizar impressão da etiqueta do paciente desejado, utilizando-se do número de atendimento ou nome do paciente, quantidade de etiquetas e código utilizado para impressão da mesma.

### **6 - CONSIDERAÇÕES**

Modelo de etiqueta de paciente será definido.

## **POP 08 – ETIQUETAS DE PRODUTOS**

### **1 - FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para a padronização de produção de etiquetas de produtos que auxiliam na identificação dos comprimidos unitarizados.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia, Secretária da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Computador, Sistema Eletrônico, Etiquetas autoadesivas, impressora zebra.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

As etiquetas de comprimidos serão feitas da seguinte forma:

1. Acessar o ícone do sistema eletrônico;
2. Em seguida, acessar o ícone estoque;
3. Acessar área de relatórios e opção etiquetas;
4. Realizar impressão da etiqueta de produtos utilizando-se do tipo e princípio ativo do produto, lote, validade e data de fabricação.

### **6 – CONSIDERAÇÕES**

Modelo de etiqueta de produto será definido.

## **POP 09 – INDICADORES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

### **1 - FINALIDADE:**

Disseminar a implantação de um conjunto de indicadores de desempenho para o monitoramento da qualificação dos procedimentos de assistência farmacêutica na segurança da prescrição, no uso e administração dos medicamentos visando a melhoria contínua dos processos e a segurança do paciente.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico.

### **4 - MATERIAL:**

Caneta, Ficha de Indicador de Prescrição, Ficha de Indicador de Separação, Distribuição e Dispensação, Prescrições eletrônicas ou manuais, calculadora.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

#### **Procedimentos do Indicador de Prescrição**

Obs. Esse indicador tem como objetivo monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos.

- Para cada prescrição atendida, seja ela manual ou eletrônica, preencher a ficha (anexo), onde avalia os fatores abaixo:

1. Escolha incorreta do medicamento (indicação, contraindicação, alergias);
2. Via de administração;
3. Apresentação, dose e quantidade;
4. Velocidade de infusão;
5. Concentração e frequência;
6. Prescrição legível;
7. Abreviações e similaridades de nomes;



8. No final de cada mês selecionar as fichas e totalizar os dados e aplicá-los na seguinte fórmula (conforme explicação da ficha técnica anexo):

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos prescritos com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100$$

### **Procedimentos do Indicador de Separação, Distribuição e Dispensação**

Obs. Esse indicador tem como objetivo monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente.

- Para cada prescrição atendida, seja ela manual ou eletrônica, preencher a ficha (anexo), onde avalia os fatores abaixo:

1. Separação das medicações prescritas;
2. Verificar se erro citado ocorreu por lapso de memória (troca do medicamento), por similaridade de nomes, de embalagens ou rótulos;
3. Em casos de prescrição manual a letra do prescritor estava legível;
4. Troca da forma farmacêutica prescrita;
5. No final de cada mês selecionar as fichas e totalizar os dados e aplicá-los na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos dispensados com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos dispensados}} \times 100$$

### **Procedimentos do Indicador de Administração dos Medicamentos**

Obs.: Esse indicador tem como objetivo monitorar a ocorrência de erros na atividade de administração de medicamentos para o atendimento ao paciente.

- Para cada prescrição atendida, seja ela manual ou eletrônica, preencher a ficha (anexo), onde avalia os fatores abaixo:

1. Devoluções dos kits dos pacientes se há alguma medicação de devolução;
2. Em casos de devolução, avaliar se essa medicação não foi administrada por omissão da equipe de enfermagem;
3. Não administração de medicamento devido ausência do paciente no momento da intervenção;
4. Suspensão da medicação;
5. Administração fora do intervalo posológico definido;
6. No final de cada mês selecionar as fichas e totalizar os dados e aplicá-los na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de medicamentos administrados com erro de omissão}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos administrados}} \times 100$$

**ANEXOS:**

**Anexo A - Ficha de Indicador de Prescrição**

**INDICADOR DE PRESCRIÇÃO**

Data \_\_/\_\_/\_\_

QUESTIONÁRIO	MANUAL	ELETRÔNICA
A prescrição é manual ou eletrônica?		
Quantidade de medicamentos prescritos?		
Quantidade de medicamentos prescritos com erro?		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Há medicamentos incorretos?		
A via de administração está correta?		
A apresentação, dose e quantidade estão de acordo?		
A velocidade de infusão está correta?		
A concentração e frequência dos medicamentos estão corretos?		
A prescrição está legível?		
Há abreviações e similaridades de nomes?		

---

Responsável pela avaliação

**Anexo B - Ficha de Indicador de Separação, Distribuição e Dispensação**  
**INDICADOR DE SEPARAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO**

Data \_\_/\_\_/\_\_

QUESTIONÁRIO	MANUAL	ELETRÔNICA
A prescrição é manual ou eletrônica?		
Quantidade de medicamentos dispensados?		
Quantidade de medicamentos dispensados com erro?		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Houve medicação dispensada erroneamente?		
O motivo que levou ao erro foi lapso de memória (troca de medicamentos)?		
O motivo foi a similaridade de nomes, embalagens ou rótulo?		
O motivo foi a prescrição estar ilegível?		
O motivo foi troca de forma farmacêutica prescrita?		

---

Responsável pela avaliação

## Anexo C - Ficha do Indicador de Administração dos Medicamentos

### INDICADOR DE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Data \_\_/\_\_/\_\_

QUESTIONÁRIO	MANUAL	ELETRÔNICA
A prescrição é manual ou eletrônica?		
Quantidade de medicamentos administrados?		
Quantidade de medicamentos administrados com erro?		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Houve medicação devolvida nos kits?		
Esse medicamento não foi administrado por omissão da equipe de enfermagem?		
O motivo pela não administração do medicamento foi pôr o paciente estar fora da unidade (consultas, exames externos)?		
O motivo foi a suspensão da medicação?		
A medicação foi administrada dentro do intervalo posológico prescrito?		

---

Responsável pela avaliação

## Anexo A-1- Ficha Técnica do Indicador de Prescrição

<b>Nome do Indicador</b>	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
<b>Objetivo do Indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na prescrição de medicamentos
<b>Fórmula do Indicador</b>	$\frac{\text{Nº de medicamentos prescritos com erro} \times 100}{\text{Nº total de medicamentos prescritos}}$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<p><b>Nº de medicamentos prescritos com erro:</b> são os medicamentos prescritos, faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão e abreviaturas contraindicadas</p> <p><b>Nº total de medicamentos prescritos:</b> são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo</p>
<b>Fonte de Informação</b>	Prescrição (eletrônica, pré-digitada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
<b>Coleta de Dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula
<b>Observação</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, esses poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador
<b>Responsável</b>	Farmacêutico

## Anexo B-1 - Ficha Técnica do Indicador de Separação, Distribuição e Dispensação

<b>Nome do Indicador</b>	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
<b>Objetivo do Indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente
<b>Fórmula do Indicador</b>	$\frac{\text{Nº de medicamentos dispensados com erro} \times 100}{\text{Nº total de medicamentos dispensados}}$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<p><b>Nº de medicamentos prescritos com erro de omissão, concentração/forma farmacêutica erradas ou medicamento errado.</b> São erros de omissão quando o medicamento é prescrito, mas nenhuma dose (unidade) é dispensada ou o número de doses dispensadas é menor que o prescrito. São erros de <b>concentração/forma farmacêutica</b> quando o medicamento é dispensado em concentração diferente (maior ou menor) ou forma farmacêutica diferente daquela prescrita. O erro chamado <b>medicamento errado</b> ocorre quando prescrito um medicamento e dispensado outro, podendo estar associados a medicamentos com nome ou pronúncia similares, sendo possível a troca no momento da dispensação.</p> <p><b>Nº total de medicamentos dispensados:</b> todos os medicamentos dispensados em um determinado período de tempo</p>
<b>Fonte de Informação</b>	Prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)
<b>Coleta de Dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos dispensados e dos medicamentos dispensados com erro <b>de omissão, concentração, forma farmacêutica e medicamento errado.</b>
<b>Observação</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, esses poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador
<b>Responsável</b>	Farmacêutico

## Anexo C-1- Ficha Técnica de Indicador Administração

<b>Nome do Indicador</b>	Taxa de erros na administração de medicamentos
<b>Objetivo do Indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de administração de medicamentos para atendimento ao paciente
<b>Fórmula do Indicador</b>	$\frac{\text{Nº de medicamentos administrados com erro de omissão} \times 100}{\text{Nº total de medicamentos administrados}}$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<b>Nº de medicamentos prescritos mas não administrados (erro de omissão):</b> São os itens prescritos mas não administrados (checados). <b>Nº total de medicamentos administrados:</b> todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo
<b>Fonte de Informação</b>	Registros de enfermagem na prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)
<b>Coleta de Dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos prescritos mas não administrados dividido pelo número total de medicamentos prescritos. Totalizar os dados e aplicar a fórmula
<b>Responsável</b>	Enfermeiro

## **POP 10 – ROTINA DA FARMÁCIA**

### **1- FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para contribuir com o andamento das rotinas dos setores do serviço de saúde desta instituição.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia, Secretária da Farmácia.

### **4- MATERIAL:**

Todos os itens necessários para o bom funcionamento da farmácia.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Preparar as medicações solicitadas por ordem de chegada das requisições; 2. Iniciar a preparo dos kits individuais;
3. Proceder a baixa das medicações nas requisições;
4. Verificar diariamente a armazenagem e quantidade das medicações e materiais médico-hospitalares;
5. Verificar mensalmente a validade dos produtos médico-hospitalares;
6. Separar medicamentos vencidos para descarte.



## **POP 11 – UNITARIZAÇÃO DE COMPRIMIDOS**

### **1- FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento padrão para a unitarização de comprimidos.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia, Secretária da Farmácia

### **4 - MATERIAL:**

Etiquetas adesivas, sacos plásticos (4,5x4,5), tesoura, computador, impressora zebra, luva, máscara, touca.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Realizar a unitarização dos comprimidos um de cada vez para que possíveis erros sejam evitados;
2. Separar os blisters cortando os comprimidos. Em seguida, separá-los em embalagens próprias para a individualização dos mesmos e lacrá-las;
3. Fixar etiqueta autoadesiva contendo as seguintes informações: princípio ativo, lote, data de validade e de fabricação do medicamento embalado, conforme como mostra o POP de Etiquetas de Produtos;
4. Armazenar os comprimidos embalados em caixas tipo “bins”.

### **6 – RECOMENDAÇÕES**

1. O profissional deverá estar paramentado com luvas, touca, máscara e todos os quesitos necessários para ter a maior higiene ao se manusear os comprimidos.

## **POP 12 – SAÍDA DE REQUISIÇÃO ELETRÔNICA DE CONSUMO INTERNO**

### **1- FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento para contribuir com o andamento das rotinas dos setores do serviço de saúde desta instituição.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, Assistente da Farmácia, Secretária da Farmácia.

### **4 - MATERIAL:**

Computador, Sistema Eletrônico, Impressora, Caneta.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Acessar o ícone do sistema eletrônico, em seguida, página estoque;
2. Clicar na parte superior do lado esquerdo, em ícone movimentos;
3. Acessar opção saída para centro de custo;
4. Acessar saída de requisição eletrônica de consumo interno;
5. Preencher código preenchida o código referente a requisição eletrônica;
6. Preencher o número da requisição ou procurar no ícone de busca (binóculo) as últimas requisições solicitadas;
7. Verificar os medicamentos, insumos e quantidade solicitadas;
8. Obs. Se necessário proceder as alterações, caso algum medicamento ou material médico-hospitalar não possa ser liberado para setor, ou se quantidade solicitada não estiver de acordo com o necessário para o setor;
9. Clicar no ícone salvar (na parte superior do lado esquerdo);
10. Realizar impressão do espelho da requisição feita, e utilizá-lo no momento da entrega da requisição;
11. Proceder conferência e solicitar assinatura após conferência.

## **POP 13 – SOLICITAÇÃO DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES**

### **1- FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento padrão para a solicitação de compras de medicamentos e materiais médico-hospitalares a fim de atender a demanda do estoque da unidade.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico.

### **4 - MATERIAL:**

Computador, sistema eletrônico, caneta, carimbo.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

1. Abrir a página principal do sistema Eletrônico;
2. Selecionar a página de Compras;
3. Entrar com login e senha individual;
4. Na barra principal selecionar o ícone relatórios, em seguida acessar sugestão de compras;
5. Proceder busca (binóculo) e solicitar impressão do estoque, ordenados pela descrição do produto. Após, separar medicamentos de materiais médico-hospitalares; selecionar as opções para mostrar coluna de código, descrição do produto, unidade, consumo médio mensal, quantidade atual, quantidade a comprar, consumo mês passado, consumo mês;
6. Na coluna "comprar o equivalente a \_\_\_ C.M.M " colocar a equivalência de 1,6, o equivale a ser suficiente para um mês e meio, ou 45 dias;  
Obs. Observar produtos que não serão comprados, deixando visíveis os produtos que possuem quantidade a serem compradas;
7. Imprimir lista dos itens que serão solicitados e anexar ao memorando para solicitação da compra de medicamentos e/ou insumo, e, encaminhar para Diretoria Administrativa.

## **POP 14 – CONTROLE DE VALIDADE DE LOTES E DESCARTE DE MAT/MED**

### **1- FINALIDADE:**

Elaborar um procedimento padrão que assegure a retirada e o correto descarte de todos os MAT/MED vencidos, danificados ou com embalagem violada.

### **2 - SETOR:**

Farmácia.

### **3 - RESPONSABILIDADE:**

Farmacêutico, equipe de enfermagem.

### **4 - MATERIAL:**

Computador, sistema eletrônico, caneta, carimbo.

### **5 - PROCEDIMENTO:**

#### **Controle de validade de mat/med com lotes a vencer.**

É de responsabilidade do Farmacêutico assegurar a retirada de MAT/MED com lotes a vencer, assim como garantir o correto descarte;

É de responsabilidade do Farmacêutico/Auxiliar de Farmácia retirar os MAT/MED com lotes a vencer da Farmácia e da Caixa de Urgência, descartá-los corretamente e baixar o estoque no sistema;

É de responsabilidade da Enfermagem retirar os MAT/MED com lotes a vencer dos medicamentos de uso coletivo do BC e descartá-los corretamente;

É de responsabilidade das Secretárias retirar os MAT/MED com lotes a vencer dos medicamentos de uso coletivo dos Consultórios Médicos e Ambulatório e descartá-los corretamente.

#### **1. Técnica**

Mensalmente, cabe à Farmacêutica imprimir o relatório de lotes a vencer, através do sistema.

Posteriormente, cabe ao Auxiliar de Farmácia retirar os produtos com lotes a vencer da Farmácia, Caixa de Urgência e Kits de Anestesia de acordo com o relatório de lotes a vencer e descartá-los da seguinte forma:

- Encaminhar os medicamentos para a Lixeira de Resíduos B (Medicamentos para descarte).

- Encaminhar os materiais perfurocortantes para a caixa coletora de material perfurocortante.
- Encaminhar para o lixo comum os materiais descartáveis.

Quando os medicamentos vencidos forem controlados pelo Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS N°. 344/1998), o Farmacêutico deve solicitar o Auto de Apreensão para Vigilância Sanitária Municipal e, posteriormente, requisitar da Empresa responsável pela incineração dos medicamentos relatório dos medicamentos incinerados.

O Farmacêutico/Auxiliar de Farmácia deve protocolar os produtos retirados no “Protocolo Conferência e Retirada de MAT/MED” com Lotes a Vencer e baixar o estoque no sistema.

## 2. Descarte de MAT/MED

É de responsabilidade do Farmacêutico assegurar o correto descarte de MAT/MED danificados e/ou com a embalagem violada.

É de responsabilidade do Auxiliar de Farmácia descartar corretamente os MAT/MED danificados e/ou com a embalagem violada.

É de responsabilidade do farmacêutico encaminhar os medicamentos para empresa contratada para incineração sempre que a Lixeira de Resíduo B estiver com  $\frac{3}{4}$  da sua capacidade.

## 3. Técnica

Sempre que um MAT/MED estiver danificado ou com a embalagem rompida, o Farmacêutico / Auxiliar de Farmácia deve descartá-lo da seguinte maneira:

- Encaminhar os medicamentos para a Lixeira de Resíduos B (Medicamentos para descarte).
- Encaminhar os materiais perfurocortantes para a caixa coletora de material perfurocortante.
- Encaminhar para o lixo comum os materiais descartáveis.

Posteriormente, deve baixar o estoque no sistema.

Sempre que solicitado, a empresa responsável pela incineração recolhe o Resíduo B.

O Auxiliar de Farmácia deve verificar diariamente o conteúdo da caixa coletora de perfurocortante, e sempre que o volume alcançar o máximo permitido (Linha Pontilhada) deve separá-lo para recolhimento pelos funcionários de serviços gerais e providenciar nova caixa coletora de perfurocortante.

#### 4.7.2.6 Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço de Nutrição e Dietética

O Serviço de Nutrição e Dietética tem papel fundamental na evolução clínica e na recuperação do paciente, podendo reduzir complicações e o tempo de internação, a partir do oferecimento de alimentação equilibrada e de nutrientes necessários.

O Serviço de Nutrição e Dietética do **CHRDJC** continuará a realização de assistência nutricional de paciente, acompanhantes e funcionários e funcionará 24 horas/dia sob obediência a todas legislações pertinentes ao serviço de nutrição hospitalar.

Visando a normatização e a organização dos procedimentos relativos à Nutrição Clínica direcionados a pacientes atendidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética do hospital, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta os Protocolos de Nutrição Infra listados. Além disso, assume o compromisso em desenvolver ações em conjunto como Serviço de Nutrição do Hospital, a fim de obter avanços na perspectiva da Atenção à saúde qualificando o cuidado no que se refere às suas atribuições.

LISTAGEM	
Nutrição Clínica	
<b>POP 01</b>	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTERNADOS
<b>POP 02</b>	PROTOCOLO MÍNIMO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
<b>POP 03</b>	PROTOCOLO - CÁLCULO DE NECESSIDADES ENERGÉTICAS
<b>POP 04</b>	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA AMBULATORIAL
<b>POP 05</b>	PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DA NOMENCLATURA DAS DIETAS ORAIS

## **POP 01 - PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTERNADOS**

A assistência nutricional a pacientes internados inicia-se com a visita ao paciente.

### **1. PRIMEIRA VISITA (visita inicial)**

- Realizado até 24 horas após a internação hospitalar. Consta de:
- **ACOLHIMENTO** – onde ocorre a identificação do (a) profissional e o estabelecimento do vínculo nutricionista/paciente. Nesta ocasião são repassadas informações sobre a importância da dieta no seu tratamento.
- **ANAMNESE ALIMENTAR** - breve entrevista realizada para identificar preferências, intolerâncias, aversões, alergias, tabus, condições do apetite e da mastigação e funcionamento do trato gastrointestinal.
- **AValiação Nutricional** – realizada para identificação e classificação do estado nutricional. Para tal, é utilizado o PROTOCOLO MÍNIMO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.

Após a realização da visita o (a) profissional dispõe dos dados necessários para dar prosseguimento à assistência nutricional, a qual deve estar embasada nas informações contidas no prontuário e nas repassadas pela equipe.

### **2. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

Baseado nas informações fornecidas pela AVALIAÇÃO NUTRICIONAL, pelos marcadores bioquímicos e pela história clínica. O paciente poderá ser diagnosticado como: - Sem desnutrição. - Com desnutrição presente (leve, moderada ou grave). - Em risco de desenvolver desnutrição.

### **3. CÁLCULO DE NECESSIDADES ENERGÉTICAS E NUTRICIONAIS**

Utiliza informações da AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Protocolo Mínimo de Avaliação Nutricional (anexo) e do Protocolo para Cálculo de Necessidades Energéticas (anexo).

### **4. CONDUTA NUTRICIONAL**

Individualizada deve ser estabelecida a partir do Cálculo de Necessidades Energéticas e Nutricionais e adequada a cada doença e/ou situação clínica.

## **5. VISITAS SUBSEQUENTES**

As visitas diárias são realizadas para obter informações sobre: - aceitação e evolução da dieta; - avaliação contínua da ingesta alimentar; - controle do estado nutricional; - necessidade de modificação na conduta nutricional. São complementadas pela consulta ao prontuário e pelas informações da equipe.

## **6. ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA ALTA HOSPITALAR**

Realizada mediante constatação da necessidade do paciente de orientação de alta para uma dieta especial. Deve ser realizada com antecedência suficiente para permitir o planejamento individual, a orientação e a compreensão do paciente e/ou do cuidador.

## **7. PROTOCOLO MÍNIMO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Para realizar a avaliação nutricional dos pacientes utiliza-se, usualmente, os seguintes métodos, combinados entre si:

### **8. Método Clínico:**

8.1 Avaliação Nutricional Subjetiva (ANS).

### **9. Métodos Antropométricos:**

9.1. Altura: Altura Atual.

9.2. Peso:

Peso Atual (PA).

Peso Usual (PU).

Peso Ideal (PI).

Porcentagem de Perda de Peso (%PP).

9.3. Relação peso/altura: Índice de Massa Corporal (IMC).

### **10.0. Métodos Bioquímicos:**

10.1. Hemoglobina/Hematócrito.

10.2. Albumina.

### **11.0. Métodos Imunológicos:**

11.1. Contagem Total de Linfócitos.

\*As orientações sobre o uso de cada método encontram-se anexo.



## AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA (ANS)

(DETSKY E COL. 1984)

Nome: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Enf/Leito: \_\_\_\_\_

### A - Anamnese

#### 1. Peso corpóreo

(1) Mudou nos últimos seis meses  sim  não

(1) Continua perdendo atualmente  sim  não

Peso atual: \_\_\_\_\_ Kg      Peso habitual: \_\_\_\_\_ Kg

Perda de peso (PP) \_\_\_\_\_ %,      se > 10% (2)

se < 10% (2)

● Total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

#### 2. Dieta

(1) Mudança da dieta  sim  não

A mudança foi para:

(1)  dieta hipocalórica

(2)  dieta pastosa hipocalórica

(2)  dieta líquida > 15 dias ou solução de infusão intravenosa > 5 dias

(3)  jejum > 5 dias

(2)  mudança persistente > 30 dias

● Total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

#### 3. Sintomas gastrointestinais (persistem por mais que duas semanas)

(1)  disfagia e/ou odinofagia      (1)  diarreia

(1)  náuseas      (2)  anorexia, distensão abdominal, dor abdominal

(1)  vômitos

● Total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

#### 4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

(1)  abaixo do normal      (2)  acamado

● Total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

#### 5. Diagnóstico

(1)  baixo estresse

(2)  moderado estresse

(3)  alto estresse

● Total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

### B - Exame físico

(0) normal

(+1) leve ou moderadamente depletado

(+2) gravemente depletado

perda gordura subcutânea (tríceps, tórax)

músculo estriado

edema sacral

ascite

edema tornozelo

● Total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

● Somatório do total parcial de pontos: \_\_\_\_\_

### C - Categoria da ANS:

Dem nutrido (menos de 17 pontos)

Desnutrido leve / moderado (17 a 22 pontos)

Desnutrido grave (mais de 22 pontos)

Nutricionista: \_\_\_\_\_

## 1.1. ANS

Indica:

- Adequação da ingesta alimentar;
- Alterações no peso corporal;
- Presença de doenças que aumentam as demandas metabólicas;
- O estado funcional;
- O grau de perda de gordura e massa muscular.

Realizada por meio de entrevista e exame clínico do paciente. São coletados dados para o preenchimento da FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA. A cada item atribui-se um valor numérico.

O somatório dos pontos obtidos classifica o estado nutricional do paciente em uma das três categorias:

**A - Bem nutrido;**

**B - Desnutrido leve/moderado;**

**C - Desnutrido grave.**

A ANS é de grande utilidade quando os demais dados da avaliação nutricional encontram-se indisponíveis. Deve ser realizada até 72 horas após a internação hospitalar.

## 2.1. Altura Atual

O método direto utiliza a balança de peso corpóreo com haste graduada para tomada da altura, estadiômetro ou fita métrica afixada em superfície vertical, com o paciente descalço. O método indireto utiliza fórmulas e tabelas (NCHS, Marcondes etc). Para pacientes acamados e sem amputação de pé ou de membros inferiores utiliza-se a Estimativa da Altura pela Medida da Distância Pé-Joelho, na qual o paciente deve estar posicionado em decúbito dorsal horizontal e com o joelho flexionado em um ângulo de 90°. Coloca-se a parte fixa do estadiômetro sobre a parte superior do joelho fletido. Ajusta-se e realiza-se a medida. Em seguida o resultado encontrado é aplicado na tabela abaixo:

### ESTIMATIVA DA ALTURA PELA MEDIDA DA DISTÂNCIA PÉ-JOELHO

Estimativa da altura para homens (cm)	$64,19 - (0,04 \times I) + (2,02 \times \text{medida da distância do joelho})$
Estimativa da altura para mulheres (cm)	$84,88 - (0,24 \times I) + (1,83 \times \text{medida da distância do joelho})$

## 2.2. Peso

\* **Peso Atual (PA) em kg** Medida obtida no exato momento da avaliação nutricional, em pacientes deambulando. Utiliza-se a balança de peso corpóreo (algumas vezes necessita de reajustes).

### \* **Peso Usual (PU) em kg**

Referido pelo paciente como sendo o seu peso “normal”. É conhecido também como Peso Habitual (PH). Deve ser utilizado quando não houver, por parte do paciente, relato de perda de peso.

### \* **Peso Ideal (PI) em kg**

Obtido de fórmulas ou tabelas. É utilizado quando inexistente a possibilidade de obtenção do Peso Usual (PU). Conhecido também como Peso Teórico (PT). Os valores para o PI são encontrados na tabela abaixo:

## CÁLCULO DO PESO IDEAL SEGUNDO O TIPO FÍSICO

TIPO FÍSICO	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO
<b>BREVILÍNEO</b>	$PI = (A - 100)$	$PI = (A - 100) \times 0,95$
<b>NORMOLÍNEO</b>	$PI = (A - 100) \times 0,95$	$PI = (A - 100) \times 0,90$
<b>LONGILÍNEO</b>	$PI = (A - 100) \times 0,90$	$PI = (A - 100) \times 0,85$

Sendo: A = altura em cm.

\* No caso de pacientes obesos deve-se utilizar o Peso corrigido (Pc).

Seu cálculo é feito pela seguinte equação:

$$PC = PI + [(PA - PI) \times 0,25]$$

\*O Peso Ideal (PI) também pode ser obtido com a aplicação da referência do IMC Ideal (IMCI), conforme indicado:

$$PI = IMCI \times A^2 (m)$$

\*O IMCI será definido como o mais adequado ao PA do paciente.

\*Apresentando-se eutrófico, utiliza-se valor correspondente a este estado nutricional, que varia de 18,5 a 24,9 e tem como média 21,7 Kg/m<sup>2</sup>.

\*Em caso de PA elevado deve-se optar pela utilização do IMC da faixa subsequente ao IMC atual (calculado para o PA).

\*Durante a seleção do IMCI convém observar: idade, atividade física, faixa etária, tipo físico, fatores hereditários, presença de doenças, uso de medicamentos, dentre outros.

**\*Percentagem de Perda de Peso**

\*Percentagem de Peso Usual:  $\% \text{ PU} = \text{PA} \times 100 \text{ PU}$

\*Percentagem de Peso Ideal:  $\% \text{ PI} = \text{PA} \times 100 \text{ PI}$

\*Percentagem de Perda de Peso:  $\% \text{ PP} = \text{PU} - \text{PA} \times 100 \text{ PU}$

Classifica-se então o estado nutricional aplicando-se a seguinte tabela:

**CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL RELATIVO À % PI, % PU e %PP**

CLASSIFICAÇÃO / INDICADOR	DEPLEÇÃO LEVE	DEPLEÇÃO MODERADA	DEPLEÇÃO GRAVE
<b>% PI</b>	80 – 90	70 – 79	<69
<b>% PU</b>	85 – 95	75 - 84	<74
<b>% PP</b>	<1/1 semana <5/1 mês <7/3 meses <10/<6 meses	1/1 semana 5/1 mês 7/3 meses 10/6 meses	>1/1 semana >5/1 mês >7/3 meses >10/6 meses

Fonte: Waitzber, D. L. e Faintuch, J., 1997

### 2.3. Índice de Massa Corpórea (IMC) em Kg/m<sup>2</sup>

Utiliza a medida da altura e do peso corpóreo do paciente.

Calcula-se de acordo com a equação adaptada por Bray, 1976.

$$\text{IMC} = \text{PESO ATUAL (kg)} / \text{ALTURA}^2 \text{ (m)}$$

Aplica-se o resultado encontrado na tabela a seguir:

#### CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)

Classificação Nutricional	Resultado do IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Obesidade grau III	≥ 40
Obesidade grau II	35,0 – 39,9
Obesidade grau I	30,0 – 34,9
Pré obesidade	25,0 – 29,9
Eutrofia	18,5 – 24,9
Desnutrição grau I	17,0 – 18,4
Desnutrição grau II	16,0 – 16,9
Desnutrição grau III	≤ 16,0

Deve-se ajustar o IMC à idade, conforme a tabela abaixo:

#### IMC desejável segundo a idade

Grupo etário (anos)	IMC
19-24	19-24
25-34	24-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
+65	24-20

Fonte: Bray, George A. 1987

\* Este método não é utilizado na presença de edema, ascite e gestação.

### 3.1. Hemoglobina e Hematócrito

Utiliza-se os dados constantes da seguinte tabela:

**Valores de referência para Hemoglobina e Hematócrito, de acordo com o sexo:**

Exame	Sexo	Valor de referência		
		Aceitável	Moderadamente reduzido	Gravemente reduzido
Hemoglobina (g/100ml)	Masculino	> 12,0	12,0 - 10,0	< 10,0
	Feminino	> 10,0	10,0 - 8,0	< 8,0
Hematócrito (%)	Masculino	> 36,0	36,0 - 31,0	< 31,0
	Feminino	> 31,0	31,0 - 24,0	< 24,0

Fonte: Adaptado de Sauberlich et al., 1974

### 3.2. Albumina

Utilizada como marcador da desnutrição, a albumina, sintetizada pelo fígado, é a proteína plasmática mais frequentemente medida com fins de avaliação das reservas proteicas do organismo, uma vez que a sua síntese se encontra diminuída nos casos de carência de proteínas na dieta. Para a sua utilização deve-se conhecer o seu espaço de distribuição, a sua meia-vida e a sua taxa de síntese, além de avaliar os fatores que, além da desnutrição, podem influenciar nos seus níveis séricos.

**Valores normais e interpretação dos níveis de Albumina:**

Marcador	Normal	Depleção Leve/moderada	Depleção Grave
Albumina	3,5 - 5,0 g/ %	3,49 - 2,40 g/ %	< 2,40 g/ %

Fonte: Waitzberg, D. L., 2001

**Distribuição da Albumina:**

Pool	Síntese diária	Intravascular	Extravascular
3 -5 g/ kg	120 - 270 mg/kg	30 - 40 %	60-70 %

Fonte: Maham, L. K. et al., 1997

## Fatores que influenciam os níveis de Albumina Plasmática

Aumentam o nível plasmático	Diminuem o nível plasmático
Síntese hepática Repleção nutricional Desidratação	Diminuição da síntese hepática Desnutrição Aumento das perdas externas Aumento da permeabilidade capilar

### 4.1. Contagem de linfócitos

A desnutrição é um dos fatores que alteram a imunidade celular. Sendo os linfócitos células sanguíneas participantes deste processo, a linfopenia no sangue periférico pode ser um indicador de desnutrição. Desta forma, a Contagem de Linfócitos é utilizada para medir as reservas imunológicas momentâneas, estáticas. Para realizar este método faz-se uso de informações constantes do hemograma e aplica-se na seguinte fórmula:

$$\text{Linfócitos/mm}^3 = \% \text{ linfócitos} \times \text{n}^\circ \text{ de leucócitos}/100$$

Comparar o valor encontrado com os da tabela abaixo:

#### Número de linfócitos por milímetro cúbico e desnutrição

Normal	Desnutrição leve	Desnutrição moderada	Desnutrição grave
> 2.000	1.200 - 2.000	800 - 1.199	< 800

Fonte: Adaptado de Waitzberg DL, 2001

Este método é pouco específico.

Fatores que também podem levar a linfopenia: corticoterapia, quimioterapia e infecções graves.

### 3. PROTOCOLO - CÁLCULO DE NECESSIDADES ENERGÉTICAS

**Cálculo do Gasto Energético Basal (GEB)** O cálculo do GEB será realizado a partir da fórmula de Harris Benedict.

Para homens: **GEB=66,5 + 13,8 x P + 5,0 A – 6,8 x I**

Para mulheres: **GEB=655 + 9,6 x P + 1,8 A – 4,7 x I** Sendo: GEB = gasto energético basal (em Kcal/dia) P = peso atual (em kg) A = altura (em cm) I = idade (em anos) O Gasto Energético Total (GET), no caso de atividade física, é calculado pela seguinte equação: **GET= GEB + Gasto energético de atividade física.**

Os acréscimos em função da atividade física devem ser feitos conforme a tabela abaixo:

#### ACRÉSCIMO EM GEB EM FUNÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Tipo de Atividade	Calorias a acrescentar
Em repouso	GEB + 300 kcal
Sem trabalho muscular	GEB + 500 kcal
Trabalho leve	GEB + 20 a 100 kcal/h de trabalho
Trabalho moderado	GEB + 110 a 200 kcal/h de trabalho
Trabalho intenso	GEB + 250 a 300 kcal/h de trabalho
Trabalho muito intenso	GEB + 320 ou mais kcal/h de trabalho

O gasto energético total (GET) na presença de patologia deve ser calculado pela seguinte equação: **GET= GEB + FA x FI x FT**

Sendo: FA = fator atividade FI = fator injúria FT = fator térmico

- **Fator Atividade**

Acamado: 1,2

Acamado + móvel: 1,25

Ambulante: 1,3 – 1,6

- **Fator Injúria**

Paciente não complicado = 1,0

Pequena cirurgia = 1,2

Cirurgia eletiva = 1,0 – 1,1

Fraturas Múltiplas = 1,2 – 1,35

Doença cardiopulmonar = 0,8 – 1,0



Doença cardiopulmonar c/cirurgia = 1,3 – 1,55

Pós-operatório de cirurgia torácica = 1,2 – 1,5

Câncer = 1,1 – 1,45

Peritonite = 1,4

Sepse = 1,4 – 1,6

Pancreatite = 1,3 – 1,6

Desnutrição = 1,5

Fratura = 1,2

Pós-operatório de cirurgia geral = 1,0 – 1,5

Infecção grave = 1,3 – 1,35

Insuficiência Renal Aguda = 1,3

Insuficiência Cardíaca = 1,3 – 1,5

Insuficiência Hepática = 1,3 -1,55

- **Fator Térmico**

38°C: 1,1

39°C: 1,2

40°C: 1,3

41°C: 1,4

O GET pode ser calculado por meio de fórmulas que agilizam o atendimento nutricional, especialmente na nutrição clínica ambulatorial, como a que se segue:

**GET (Kcal/dia) = Kcal recomendadas x Peso (Kg)**

O objetivo da intervenção nutricional indica a quantidade de calorias recomendadas em cada caso. Para isto, utiliza-se a tabela abaixo:

**GET estimado por recomendação de energia por Kg de peso corporal, segundo o objetivo da intervenção nutricional:**

Objetivo	Recomendação
Perda de peso	20 – 25 Kcal/Kg P
Manutenção do peso	25 – 30 Kcal/Kg P
Ganho de peso	30 – 35 Kcal/Kg P

Fonte: citado por Martins e Cardoso, 2000

#### **4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA AMBULATORIAL**

O atendimento em nutrição clínica a pacientes ambulatoriais divide-se em consulta inicial e consultas subsequentes (controle).

##### **1. CONSULTA INICIAL OU PRIMEIRA CONSULTA**

###### **Etapas**

Acolhimento

História clínico-nutricional

Anamnese alimentar

Avaliação antropométrica

Avaliação com dados bioquímicos

Diagnóstico nutricional conclusivo

Conduta nutricional

##### **2. CONSULTA SUBSEQUENTE**

###### **Etapas**

Avaliação antropométrica

Diagnóstico nutricional conclusivo

Avaliação da adesão

Conduta nutricional



**DADOS BIOQUÍMICOS**

EXAME / DATA						
Hematócrito						
Hemoglobina						
Colesterol total						
HDL colesterol						
LDL colesterol						
Triglicerídeos						
Glicemia de jejum						

**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL CONCLUSIVO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONDUTA NUTRICIONAL:**

(VET): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSULTAS SUBSEQUENTES:**

DATA: \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_\_\_ Perda/ganho de peso: \_\_\_\_\_ IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Adesão a dieta: \_\_\_\_\_

TGI: \_\_\_\_\_

Exercícios físicos: \_\_\_\_\_

Conduta Nutricional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NUTRICIONISTA \_\_\_\_\_

## 5. PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DA NOMENCLATURA DAS DIETAS ORAIS

<b>NOME DA DIETA</b>	<b>SIGLA</b>
Dieta Livre	N
Dieta Livre para crianças	NCR
Dieta Branda	BR
Dieta Pastosa	P
Dieta Pastosa para Disfagia	PDF
Dieta Líquida Pastosa	LP
Dieta Líquida	L
Dieta Líquida Restrita	LR
Dieta Hipossódica	H
Dieta para Diabetes	DM
Dieta Hipossódica para Diabetes	HDM
Dieta Líquida Pastosa para Diabetes	LPDM
Dieta Líquida para Diabetes	LDM
Dieta para Doença Renal: tratamento conservador	IRCC
Dieta para Doença Renal: tratamento dialítico	IRCD
Dieta Hiperproteica	HP
Dieta Hiperproteica e Hipercalórica	HPC
Dieta Hipolipídica	HLIP
Dieta Obstipante	O
Dieta Líquida Pastosa Obstipante	LPO
Dieta Líquida Obstipante	LO
Dieta Laxativa	LX
Dieta Líquida Pastosa Laxativa	LPLX
Dieta Líquida Laxativa	LLX
Dieta Sem Irritante Gástrico	SIG
Dieta de Baixo Resíduo	BRG
Dieta para Gota	DGOTA

## DIETA LIVRE (N)

### Características

Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, leguminosas, leites e derivados, carnes, ovos, óleos, gorduras, açúcares e sal) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006). É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia).

### Indicações

Pacientes cuja condição clínica não exige modificação e/ou restrição em nutrientes e consistência ou volume da dieta. Indicada também para gestantes e lactantes sem necessidades metabólicas específicas.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, aveia e outros cereais, pães, quitandas, bolachas, biscoitos e bolos	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc.), mingaus, vitaminas, frapês)	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2553,9Kcal	58,1%	19,5%	22,4%	27,1g	2264,0mg

### Dieta Livre para Criança (NCR)

#### Características

Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, leguminosas, leites e derivados, carnes, ovos, óleos, gorduras, açúcares e sal). Segue padrão da Dieta Livre, porém com redução do tamanho das porções do almoço e jantar ( $\frac{1}{2}$  porção de arroz, feijão, guarnição, prato proteico e salada) para adequação da oferta de carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, minerais e fibras conforme necessidades nutricionais da faixa etária. É uma dieta de consistência normal, fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia).

#### Indicações

Crianças de 1 a 10 anos cuja condição clínica não exige modificação e/ou restrição em nutrientes e consistência da dieta.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, aveia e outros cereais, pães, quitandas, bolachas, biscoitos e bolos	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1937,4kcal	60,5%	16,2%	23,3%	17,7g	1575,7mg



## DIETA BRANDA (BR)

### Características

Apresenta baixos níveis de tecido conectivo e celulose, abrandados por cocção e/ou ação mecânica, proporcionando uma consistência mais macia do que a dieta livre, facilitando a mastigação, deglutição e a digestão. Evita-se condimentos fortes, alimentos picantes ou irritantes, fermentativos e fibrosos (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia).

### Indicações

Dificuldade de mastigação leve (uso de prótese, dentição incompleta), deglutição e digestão. Pode ser utilizada em casos de gastrite, úlceras, diarreias, entre outros (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Pode ser utilizada como dieta de transição entre a pastosa e a livre.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas e assadas com consistência macia
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas assadas/cozidas ou em forma de creme/purê, sem casca e semente	Cozidas, refogadas, cremes, purês
<b>Grupo de frutas</b>	Macias ou que possam ser oferecidas assadas/cozidas, ou em forma de creme/purê;	Cruas macias e a francesa, em compotas, assadas, purês, sucos
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz e macarrão bem cozidos, aveia e outros cereais, pães, bolachas, biscoitos e bolos	Bem cozidos ou assados macios
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces macios ou em pasta
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Alimentos flatulentos como repolho, vagem, quiabo, batata-doce;
- Pães duros ou com sementes;
- Cereais secos, contendo passas, nozes e outras frutas oleaginosas ou semente;
- Hortaliças cruas, com semente e/ou casca;
- Carnes duras, crocantes, empanadas;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo, etc);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Frutas cítricas (limão, laranja, mexerica, maracujá, tamarindo, abacaxi, etc);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2374,4kcal	65,0%	17,0%	18,0%	31,9g	1900,9mg

### DIETA PASTOSA (DP)

#### Características

Tem consistência abrandada pela cocção e processos mecânicos com alimentos moídos, liquidificados, em forma de purês, mingaus e papas, exigindo pouca mastigação e facilitando a deglutição e digestão.

#### Indicações

Paciente em que haja necessidade de facilitar a mastigação e deglutição, em alguns pós-operatórios, casos neurológicos, insuficiência respiratória, diarreias. Em caso de ausência de dentição e prótese dentária. Pode ser utilizada para transição entre a líquida pastosa e a branda.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Moídas ou desfiadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de purê	Purês
<b>Grupo de frutas</b>	Macias ou que possam ser oferecidas assadas/ cozidas, ou em forma de creme/purê;	Cruas macias e a francesa, em compotas, assadas, purês, sucos
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz "papa", macarrão bem cozido, trigo, aveia e outros cereais, pães macios, bolachas e biscoitos, bolo simples	Bem cozidos ou macios
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão ervilha, soja e outros	Liquidificado e coado
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Líquidos ou pastosos
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces macios ou em pasta
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

## Preparações e alimentos não indicados:

- Pães duros ou com sementes;
- Cereais secos, contendo passas, nozes e outras frutas oleaginosas ou semente;
- Hortaliças folhosas cruas, com semente ou com casca;
- Frutas difíceis de transformar em purê;
- Carnes duras, crocantes, empanadas;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo, etc);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

## Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2294,7kcal	61,3%	17,8%	20,9%	35,7g	1390,7mg

## DIETA PASTOSA PARA DISFAGIA (PD)

### Características

Baseia-se na alteração dos alimentos sólidos e líquidos quanto a sua consistência e viscosidade. Pode-se fazer uso de espessantes naturais (amido de milho, farinhas finas, leite em pó, purê de batata, purê de hortaliças, carne, peixe, gelatinas e pectinas) e industrializados. São eliminados aqueles alimentos que possam ser transformados em líquidos no momento da ingestão (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

### Indicações

Destinada especialmente a pacientes com disfagia para alimentos sólidos e líquidos e risco de broncoaspiração (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Liquidificados juntamente com as leguminosas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de purê liquidificado	Purês liquidificados
<b>Grupo de frutas</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de sucos espessados, coquetéis, cremes, papas e purês	Sucos espessados, coquetéis, cremes, papas e purês
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz “papa” liquidificado, farinhas finas, amido de milho	Liquidificados e/ou espessados
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Liquidificados juntamente com as carnes
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite integral, leite em pó, mingaus de consistência grossa (mucilon, fubá, cremogema, amido de milho), vitaminas engrossadas, iogurtes (sem pedaços de frutas e/ou grãos), frapês	Líquidos espessados, mingaus, vitaminas, frapês, iogurtes cremosos
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo, doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces macios, liquidificados ou em pasta
<b>Bebidas</b>	Chás, suco de frutas, água de coco	Espessados

### Preparações e alimentos não indicados:

- Líquidos e/ou sólidos;
- Aveia ou outro cereal em flocos;
- Alimentos que possam ser transformados em líquidos no momento da ingestão (gelatina, melancia, etc.);
- Alimentos que apresentem duas consistências (ex: iogurte c/ pedaço de fruta, mingau de aveia em flocos);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2228kcal	60,9%	18,3%	20,7%	35,5g	1381,3mg

### LÍQUIDA PASTOSA (LP)

#### Características

Utiliza preparações de consistência líquida engrossada (liquidificadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

#### Indicações

Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição, em casos de doenças do trato digestório (propicia repouso digestivo – fácil digestibilidade), em pré e pós-operatórios. Em casos de intolerância a alimentos sólidos. Pode ser utilizada como dieta de transição para dieta de consistência pastosa.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele) com baixo teor de gordura	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de sucos, papas ou liquidificadas	Sucos, coquetéis, cremes, papas e purês
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, farináceos que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos e liquidificados e/ou espessados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos e liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite integral, leite em pó, mingaus de consistência grossa, vitaminas engrossadas, iogurtes (sem pedaços de frutas e/ou grãos), frapês	Líquidos, mingaus, vitaminas, frapês
<b>Grupo de gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo, doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces liquidificados, em forma de creme, pasta ou geleia
<b>Bebidas</b>	Chás, suco de frutas e água de coco	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo, etc);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1378kcal	55,8%	16,7%	27,5%	11,8g	1633,1mg

## DIETA LÍQUIDA (L)

### Características

Utiliza preparações de consistência líquida (liquidificadas e coadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão, produzindo pouco resíduo.

### Indicações

Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição de alimentos espessados, em casos de patologias do trato digestório (fácil digestão) ou pacientes que precisam de repouso gastrointestinal, em pré e pós-operatórios, cirurgias de cabeça e pescoço. (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Pode ser usada como transição para consistência líquida pastosa.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de sucos, coquetéis ou liquidificadas	Sucos, coquetéis, liquidificadas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, farináceos que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos, liquidificados e coados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos e liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite integral	Líquidos, vitaminas e mingaus ralos
<b>Grupo de gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo, doces (no máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e gelatinas como sobremesas
<b>Bebidas</b>	Chás claros, suco de frutas e água de coco	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Alimentos sólidos;
- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a métodos de cocção;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo,);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1305,1kcal	54,8%	16,9%	28,3%	11,2g	1574,9mg

### DIETA LÍQUIDA RESTRITA (LR)

#### Características

Dieta qualitativa e quantitativamente inadequada para cobrir as necessidades nutricionais, com quantidade mínima de resíduo, composta principalmente de água e carboidratos. É quase destituída de vitaminas, minerais e fibras. Contém pequena quantidade de sódio e potássio. Isenta de lactose, sacarose e alimentos irritantes da mucosa gástrica. As preparações das grandes refeições (almoço e jantar): cereais, legumes e carnes são oferecidos em forma de sopas liquidificadas e coadas duas vezes em peneira fina.

Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014).

#### Indicações

Indicada para pacientes em pré e pós-operatórios imediatos para oferecer líquidos, alguns eletrólitos e pequena quantidade de energia antes do retorno da função gastrointestinal. Sua principal função é a hidratação. Utilizada em curtos períodos de tempo. Na transição de NPT para via oral e preparo de exames.



## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
Grupo de carnes	Isento	
Grupo de hortaliças	Pouco fibrosos e sem casca (batata inglesa, cenoura e chuchu)	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
Grupo de frutas	Pouco fibrosas e sem casca (caju, goiaba, maçã, melão, pera)	Sucos bem diluídos e coados em peneira fina
Grupo de cereais	Arroz	Cozido, liquidificado e coado na sopa
Grupo de leguminosas	Isento	
Grupo de leite e derivados	Isento	
Grupo de gorduras	Isento	
Grupo de gorduras	Isento	
Grupo de açúcares	Isento	
Bebidas	Chás claros, suco de frutas e água de coco	Líquidos

**OBS: Como sobremesa é servida apenas gelatina diet.**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Açúcar, alimentos e preparações com açúcar;
- Carnes, suínos, aves e ovos;
- Leite e derivados;
- Leguminosas como feijão, ervilha, soja, etc.;
- Hortaliças que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, etc.);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Alimentos e preparações sólidas;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
83,5kcal	81%	17,8%	1,2%	1,9g	317,8mg

## DIETAS CONFORME COMPOSIÇÃO DE NUTRIENTES

### Dieta Hipossódica (H) Características

Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006). É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia). A necessidade nutricional de sódio para os seres humanos é de 500mg (cerca de 1,2g de sal), tendo sido definido recentemente pela OMS em 5g de sal (NaCl) a quantidade considerada máxima saudável para ingestão diária (SBC, 2010). As refeições são preparadas sendo acrescentado sal em menor quantidade apenas no feijão e na carne. As outras preparações não contêm sal de adição. É padronizada a oferta de 2,5g de sal/dia.

**Indicações:** Pacientes hipertensos, ou com patologias renais, cardíacas ou hepáticas que exijam restrição de sódio.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos – sem adição de sal	Cruas, cozidas, assadas, refogadas – sem sal
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz e macarrão (sem adição de sal), trigo, aveia e outros cereais, pão francês, pão doce, quitandas, bolachas, biscoitos e bolos	Cozidos e assados – sem sal

<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina sem sal	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

### **Separações e alimentos não indicados:**

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, presunto, etc;
- Queijos e margarina com sal;
- Pimentas, temperos picantes ou com excesso de sódio (shoyo, molho inglês);
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Bolos com cobertura, pão de queijo ou biscoito de queijo, torta salgada, petta com sal;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### **Composição nutricional média**

<b>VET</b>	<b>CHO</b>	<b>PTN</b>	<b>LIP</b>	<b>Fibras</b>	<b>Na</b>
2059,1kcal	64,1%	16,6%	19,3%	31g	1121,34mg

## Dieta para Diabetes (DM)

### Características

Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006). É uma dieta de consistência normal, fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colazione, almoço, lanche, jantar e ceia), isenta de açúcar, alimentos e preparações que possuam adição de açúcar. A distribuição de nutrientes na dieta, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) é a apresentada abaixo:

Nutrientes	Recomendação
Carboidratos totais	45 - 60% do VET
Sacarose	< 10% do VET
Gorduras totais	< 30% do VET
Proteínas	10 - 15% VET
Fibras alimentares	≥ 20g/dia

Foi optado pela não adição de açúcar e não utilização de alimentos e preparações que possuam adição do mesmo. Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014). Foi padronizado menor quantidade de arroz por porção em comparação a dieta livre (100g).

### Indicações

Dieta indicada para pacientes diabéticos e que pode ser utilizada em outras situações metabólicas.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Tipo A (berinjela, maxixe, pepino, pimentão, tomate, abobrinha, jiló), tipo B (beterraba, cenoura, chuchu, quiabo, vagem, abóbora) e tipo C (batata, cará, mandioca, inhame, batata doce) limitados a 30% na salada	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz ou macarrão, trigo, aveia e outros cereais, pães integrais, quitandas diet, bolachas água e sal	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados desnatados ou com baixo teor de gordura (queijos, iogurtes diet, etc), mingaus, vitaminas, frapês - sem adição de açúcar	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Isento	
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco - sem adição de açúcar	Todas as formas de apresentação

**OBS.: As sobremesas são preferencialmente frutas, sendo permitidos também doces e gelatina sem açúcar (máximo 2 vezes por semana).**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Açúcar, alimentos e preparações com açúcar;
- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Pimentas, temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Pães e torradas de farinha refinada;
- Guarnição com alimentos ricos em carboidratos: macarrão, polenta, milho, farinha de mandioca, panqueca, angu, vegetal tipo C (batata, cará, mandioca, inhame, batata doce), etc.;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional Média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1793,6kcal	60,0%	19,3%	20,7%	38,3g	1674,8mg

### Dieta Hipossódica para Diabetes (HDM)

**Características:** Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006). É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia). As refeições são preparadas sendo acrescentado sal em menor quantidade apenas no feijão e na carne. As outras preparações não contêm sal de adição. Sendo padronizada a oferta de 2,5g de sal/dia.

Foi optado pela não adição de açúcar e não utilização de alimentos e preparações que possuam adição da mesma. Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014). Foi padronizado menor quantidade de arroz por porção em comparação a dieta livre (100g).

## Indicações

Dieta indicada para pacientes diabéticos com comorbidades (hipertensão, doença cardíaca e/ou hepática) e pode ser indicada em outras situações metabólicas.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Tipo A (berinjela, maxixe, pepino, pimentão, tomate, abobrinha, jiló), tipo B (beterraba, cenoura, chuchu, quiabo, vagem, abóbora) e tipo C (batata, cará, mandioca, inhame, batata doce) limitados a 30% na salada - sem adição de sal	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz e macarrão (sem adição de sal), trigo, e outros cereais; pão integral, quitandas diet, Biscoito, água	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados desnatados ou com baixo teor de gordura (queijos, iogurtes diet, etc), mingaus, vitaminas, frapês - sem adição de açúcar	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina sem sal	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Isento	
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco - sem adição de açúcar	Todas as formas de apresentação

**OBS.: As sobremesas são preferencialmente frutas, sendo permitidos também doces e gelatina sem açúcar (máximo 2 vezes por semana).**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Açúcar, alimentos e preparações com açúcar;
- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Pimentas, temperos picantes ou com excesso de sódio (shoyo, molho inglês)
- Queijos com sal;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Bolos com cobertura, pão de queijo ou biscoito de queijo, torta salgada, peta com sal;
- Guarnição com alimentos ricos em carboidratos: macarrão, polenta, farinha de mandioca, panqueca, angu, vegetal tipo C (batata, cará, mandioca, inhame, batata doce);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1486,5kcal	60,0%	21,6%	18,4%	36,5g	1486,5mg

### Dieta Líquida Pastosa para Diabetes (LPDM)

**Características:** Utiliza preparações de consistência líquida engrossada (liquidificadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. Dieta de transição para dieta de consistência pastosa (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, gorduras) (BRASIL, 2006). Fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia), isenta de açúcar, alimentos e preparações que possuam adição de açúcar.

Foi optado pela não adição de açúcar e não utilização de alimentos e preparações que possuam adição do mesmo. Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014).



## Indicações

Para pacientes diabéticos e/ou outras situações metabólicas, com dificuldade de mastigação e deglutição, em casos de doenças do trato digestório (propicia repouso digestivo – fácil digestibilidade), em pré e pós-operatórios. Em casos de intolerância a alimentos sólidos.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Tipo B (beterraba, cenoura, chuchu, abóbora) e tipo C (batata, cará, mandioca, inhame, batata doce) que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de sucos, papas ou liquidificadas	Sucos, coquetéis, cremes, papas e purês
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz ou macarrão, farináceos que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos e liquidificados e/ou espessados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros.	Cozidos e liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite desnatado e sem adição de açúcar (vitaminas, mingaus, coalhada, iogurte diet)	Líquidos ou em mingaus, vitaminas, frapês
<b>Grupo de gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Isento	
<b>Bebidas</b>	Chás, suco de frutas e água de coco – sem adição de açúcar	Líquidos

**OBS.: As sobremesas são preferencialmente cremes de frutas, sendo permitidos também doces diet como pudim, flan, mousse e gelatina (máximo 2 vezes por semana).**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Açúcar, alimentos e preparações com açúcar;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1208,7kcal	56,4%	18,8%	24,8%	13,0g	1662,6mg

### Dieta Líquida para Diabetes (LDM)

#### Características

Utiliza preparações de consistência líquida (liquidificadas e coadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão, produzindo pouco resíduo. Dieta de transição para consistência líquida pastosa.

Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, gorduras) (BRASIL, 2006). Fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colazione, almoço, lanche, jantar e ceia), isenta de açúcar, alimentos e preparações que possuam adição de açúcar.

Foi optado pela não adição de açúcar e não utilização de alimentos e preparações que possuam adição do mesmo. Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014).

## Indicações

Para pacientes diabéticos e/ou outras situações metabólicas, com dificuldade de mastigação e deglutição de alimentos espessados, em casos de patologias do trato digestório (fácil digestão) ou pacientes que precisam de repouso gastrointestinal, em pré e pós-operatórios, cirurgias de cabeça e pescoço.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Tipo B (beterraba, cenoura, chuchu, abóbora) e tipo C (batata, cará, mandioca, inhame, batata doce) que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Todas que possam ser oferecidas em forma de sucos, coquetéis ou liquidificadas	Sucos, coquetéis, liquidificadas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, farinha de aveia, amido de milho, fubá, farináceos que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos, liquidificados e coados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos e liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados desnatados e sem adição de açúcar	Líquidos ou em mingaus, vitaminas e frapês ralos
<b>Grupo de gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo, doces (no máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e gelatinas como sobremesas
<b>Bebidas</b>	Chás claros, suco de frutas e água de coco – sem adição de açúcar	Líquidos

**OBS.:** As sobremesas são preferencialmente cremes de frutas, sendo permitido também gelatina diet (máximo 2 vezes por semana).

### Preparações e alimentos não indicados:

- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo)
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Açúcar, mel, melado, achocolatados, refrigerantes alimentos e preparações com açúcar;
- Farináceos industrializados que contêm açúcar em sua formulação (Neston, Mucilon, Farinha Láctea);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1114,1kcal	58,4%	23,8%	23,8%	11,2g	1795,6mg

### Dieta para Doença Renal: tratamento conservador (IRCC)

#### Características

Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos e lipídeos e teor reduzido de proteínas, sódio, potássio e fósforo. É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia).

As refeições são preparadas reduzido acréscimo de sal apenas no feijão e na carne. As outras preparações não contêm sal de adição. Sendo padronizada a oferta de 2,5g de sal/dia. Os alimentos ricos em proteínas, como carnes, leite e derivados e leguminosas são oferecidos com porcionamento reduzido.

#### Indicações

Para pacientes com doença renal sem diálise.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas e suínas (40g), aves (frango sem pele) (60g - com osso), com baixo teor de gordura, 2 vezes por dia	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	hipocalêmica e hipofosfatêmica (pepino, agrião, alface, repolho, vagem, couve-flor, abobrinha, acelga, pimentão, mostarda, brócolis, almeirão, berinjela, couve, jiló, cenoura, mandioca, batata-doce, batata inglesa, cará, inhame, abóbora e chuchu) – sem adição de sal	Cruas, cozidas, assadas, refogadas – sem sal
<b>Grupo de frutas</b>	abacaxi, maçã, banana-maçã e melancia - 2 a 3 porções por dia	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz e macarrão (sem adição sal), trigo, farináceos (arroz, milho, rosca, trigo), cereais instantâneos, aveia (2 a 3 colheres de sopa); pães, quitandas, bolachas e biscoitos	Cozidos e assados – sem sal
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão carioca (40g de grão + 1 colher de sopa de caldo) – 2x ao dia	Cozido
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite integral (150ml) – 1x ao dia;	Líquido
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina sem sal	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (marmelada, geleia de mocotó, gelatina) (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás claros, café, sucos de fruta - 200ml (uva, limão, caju, maracujá (bem diluído), abacaxi, manga, melancia, maçã, goiaba, morango, melão	Líquidos

### **OBSERVAÇÕES:**

\_ O processo de cozimento em água das hortaliças e frutas promove perda significativa de potássio na água de cocção. Este processo é realizado duas vezes, desprezando-se a água para as hortaliças.

\_ O caldo do feijão é desprezado após cozimento. Para o caldo final, nova água é adicionada.

### **Composição Nutricional média**

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1746,7kcal	68,1%	11,2%	40,2%	15,4g	1102,3mg

### **Dieta para Doença Renal: tratamento dialítico (IRCD)**

**Características:** Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos, proteínas e lipídeos, hipossódica, hipofosfatêmica e hipocalêmica. É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia). Segue as recomendações para a dieta DRC (tratamento conservador), com exceção para o porcionamento de carnes e leguminosa, que neste caso seguirão o porcionamento padrão para dieta hipossódica. As refeições são preparadas sendo acrescentado sal em menor quantidade apenas no feijão e na carne. As outras preparações não contêm sal de adição. Sendo padronizada a oferta de 2,5g de sal/dia.

### **Indicações**

Para pacientes com doença renal em tratamento dialítico.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves, peixes e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	hipocalêmica e hipofosfatêmica (pepino, agrião, alface, repolho, vagem, couve-flor, abobrinha, acelga, pimentão, mostarda, brócolis, almeirão, berinjela, couve, jiló, cenoura, mandioca, batata-doce, batata inglesa, cará, inhame, abóbora e chuchu)	Cruas, cozidas, assadas, refogadas – sem sal
<b>Grupo de frutas</b>	abacaxi, maçã, banana-maçã e melancia - 2 a 3 porções por dia	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz e macarrão (sem adição de sal), trigo e outros cereais; pães, quitandas bolachas.	Cozidos e assados – sem sal
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros grãos	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite integral (150ml) – 1x ao dia;	Líquido
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina sem sal	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (marmelada, goiabada, geleia de mocotó, gelatina) (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás claros, café, suco de frutas - 200ml (uva, limão, caju, maracujá (bem diluído), abacaxi, manga, melancia, maçã, goiaba, morango, melão	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Queijos com sal;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Bolos com cobertura, pão de queijo ou biscoito de queijo, torta salgada, pita com sal;
- Alimentos ricos em potássio: tamarindo, banana prata/nanica/marmelo, melão, kiwi, ameixa seca ou enlatada, laranja, abacate, mamão, água de coco, melão, mexerica, beterraba, quiabo, chicória, rúcula, tomate e extrato, rabanete, espinafre cru;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1746,7kcal	68,1%	11,2%	40,2%	15,4g	1102,3mg

### Dieta Hiperproteica (HP)

**Características** Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras). Segue o padrão da dieta livre com aumento no porcionamento dos alimentos ricos em proteína (carnes, leites e derivados). Fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia).

### Indicações

Utilizada com objetivo de produzir um balanço nitrogenado positivo em pacientes com estado infeccioso, desnutrição proteico calórica, queimaduras, alguns pós-operatórios, cicatrização de feridas, câncer com desnutrição, politraumatismo, sarcopenia, entre outros.



## Preparações e alimentos indicados

<b>Grupos</b>	<b>Alimentos ou Preparações Permitidas</b>	<b>Forma de Apresentação</b>
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura (porção 120 g no almoço e no jantar)	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, aveia e outros cereais, pães, quitandas, bolachas, biscoitos e bolos	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês)	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2652,6kcal	55,8%	21,5%	22,7%	31g	2252,1mg

### Dieta Hiperproteica e Hiperclórica (HPHC)

**Características:** Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras). Segue o padrão da dieta livre com aumento do porcionamento dos alimentos ricos em proteína e carboidrato. É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia).

### Indicações

Utilizada com objetivo de produzir um balanço positivo de energia e nitrogênio visando o ganho ponderal. Indicada para pacientes que necessitam de reposição de proteínas e calorias, devido à perda de massa corpórea, hipermetabolismo, queimaduras (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS).

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura (porção 120 g no almoço e no jantar)	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz (porção 200g, no almoço e jantar), macarrão, trigo, aveia e outros cereais, pães, quitandas, bolachas, biscoitos e bolos	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc.), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

**OBS: Os pacientes recebem 2 pães no desjejum.**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2995,1kcal	56,8%	19,9%	23,3%	31,5g	2539,9mg

### Dieta Hipolipídica (HLIP)

#### Características

Dieta com reduzido teor de lipídios. Contendo 20% ou menos do VCT em lipídios. Essa restrição não é baseada na composição de ácidos graxos ou nos níveis de saturação, pois a dieta não tem o objetivo primário de reduzir os níveis de lipídios séricos. É uma dieta de consistência normal, fracionada em 5 refeições diárias (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia).

#### Indicações

Pacientes cuja restrição de gorduras pode interferir, favoravelmente, no sistema digestório, enfermidades hepáticas, pancreáticas, dislipidemias, da vesícula biliar, esteatorreia por má absorção.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Carnes magras (coxa e peito de frango sem pele, paleta, acém, músculo, coxão duro, merluza, maminha de alcatra, contrafilé s/ gordura)	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos	Cruas, cozidas, assadas, refogadas, purês sem leite e sem margarina
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, aveia e outros cereais, pães, quitandas, bolachas e bolos	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados desnatados (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Margarina light (máximo 35% de lipídeos interesterificados), isento de óleos	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas, água de coco	Todas as formas de apresentação

**OBS: Todos os alimentos são preparados sem adição de óleo.**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Leite e derivados integrais;
- Óleos, manteiga, margarina, maionese, azeite;
- Chocolate, achocolatado e doces a base de leite e derivados;
- Abacate, frutas oleaginosas, coco;
- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, frios (presunto, muçarela) etc.;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2331,0kcal	67,5%	17,8%	14,7%	34,4g	2051,5mg

### Dieta Obstipante (Ob)

**Características:** Apresenta baixos níveis de tecido conectivo e celulose, abrandados por cocção e/ou ação mecânica, proporcionando uma consistência mais macia do que a dieta livre, facilitando a mastigação, deglutição e a digestão. Evitam-se condimentos fortes, alimentos picantes ou irritantes, fermentativos e fibrosos. Segue padrão da dieta branda, pobre em fibras insolúveis, lactose e sacarose, proporcionando uma pequena quantidade de resíduos intestinais. Os adoçantes permitidos para uso são acesulfame aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

### Indicações

Controle e auxílio no alívio dos sintomas da diarreia.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas e assadas com consistência macia
<b>Grupo de hortaliças</b>	Batata, cenoura, mandioca, cará, inhame, chuchu e abobrinha sem sementes bem cozidos	Cozidas, refogadas, assadas, cremes, purês
<b>Grupo de frutas</b>	banana maçã, melão, goiaba, maçã sem casca, pera sem casca	Cruas macias e a francesa, em compotas, assadas, purês, sucos, sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz bem cozido; macarrão bem cozido, pão de sal, biscoitos, água e sal, mucilon de arroz, amido de milho, farinha de mandioca	Bem cozidos ou assados macios
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão	Somente caldo
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite sem lactose, extrato de soja, mingaus e vitaminas	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais e margarina light (máximo 35% de lipídeos interesterificados)	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Doces diet (máximo 2 vezes por semana)	Todas as formas de apresentação
<b>Bebidas</b>	Chás e sucos de frutas obstipantes (caju, melão, goiaba ou maçã), água de coco – sem açúcar	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Leite e derivados;
- Cereais integrais, pães doces, farelos, oleaginosas e sementes;
- Frutas laxativas: ameixa, manga, laranja, abacaxi, tamarindo, abacate;
- Hortaliças folhosas cruas, beterraba, vagem, milho, couve-flor, tomate, abóbora Kabutiá;
- Feijão (grão);
- Preparações gordurosas;
- Sobremesas ricas em açúcar;
- Alimentos ricos em gordura e de confeitaria (com recheios e coberturas);
- Açúcar, mel, melado, geleia, achocolatados, refrigerantes, balas, biscoitos doces, cereal instantâneo com açúcar e leite condensado;
- Carnes gordas, aves com pele, frios, defumados e vísceras;
- Farináceos industrializados que contêm açúcar em sua formulação (Neston, Mucilon, Farinha Láctea);
- Produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2038,1kcal	67,0%	16,5%	16,5%	22,7g	2059,6mg

### Dieta Líquida Pastosa Obstipante (LPOb)

**Características:** Utiliza preparações de consistência líquida engrossada (liquidificadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. Dieta de transição para dieta de consistência pastosa. Pobre em fibras insolúveis, lactose e sacarose, proporcionando uma pequena quantidade de resíduos intestinais.

Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes.



## Indicações

Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição, em casos de doenças do trato digestório (propicia repouso digestivo – fácil digestibilidade), em pré e pós-operatórios. Em casos de intolerância a alimentos sólidos, controlando e/ou auxiliando no alívio dos sintomas da diarreia.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Obstipantes: banana, maçã, goiaba, melão, maçã sem casca, pera sem casca	Sucos, coquetéis, cremes/sobremesas, papas e purês
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, farináceos (mucilon de arroz, amido de milho, farinha de mandioca) que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos e liquidificados e/ou espessados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão	Somente caldo
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite sem lactose e extrato de soja (vitaminas, mingaus)	Líquidos, mingaus, vitaminas, frapês
<b>Grupos</b>	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Doces diet como gelatina, pudim, flan e mousse sem açúcar (máximo 2 vezes por semana)	Doces liquidificados, em forma de creme, pasta ou geleia
<b>Bebidas</b>	Chás e sucos de frutas obstipantes (caju, melão, goiaba ou maçã), água de coco – sem adição de açúcar	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Leite e derivados;
- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção ou (beterraba, vagem, milho, couve-flor, tomate, abóbora kabutiá);
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo, etc.);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Cereais integrais, pães doces, farelos e sementes, produtos fritos;
- Frutas laxativas: ameixa, manga, laranja, abacaxi, tamarindo, abacate, mamão banana (nanica, da terra, marmelo);
- Feijão (grão);
- Leite e seus derivados integrais;
- Preparações gordurosas;
- Sobremesas ricas em açúcar;
- Alimentos ricos em gordura e de confeitaria (com recheios e coberturas);
- Açúcar, mel, melado, geleia, achocolatados, refrigerantes, balas, biscoitos doces, cereal instantâneo com açúcar e leite condensado;
- Farináceos industrializados que contêm açúcar (Mucilon, Farinha Láctea);
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1117,7kcal	58,6%	21,0%	20,4%	19g	1773,7mg

### Preparações e alimentos não indicados:

- Leite e derivados;
- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção ou (beterraba, vagem, milho, couve-flor, tomate, abóbora kabutiá);
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo);

- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Cereais integrais, pães doces, farelos e sementes, produtos fritos;
- Frutas laxativas: ameixa, manga, laranja, abacaxi, tamarindo, abacate, mamão banana (nanica, da terra, marmelo);
- Feijão (grão);
- Leite e seus derivados integrais;
- Preparações gordurosas;
- Sobremesas ricas em açúcar;
- Alimentos ricos em gordura e de confeitaria (com recheios e coberturas);
- Açúcar, mel, melado, geleia, achocolatados, refrigerantes, balas, biscoitos doces, cereal instantâneo com açúcar e leite condensado;
- Farináceos industrializados que contêm açúcar em sua formulação (Neston, Mucilon, Farinha Láctea);
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### **Dieta Líquida Obstipante (LOb)**

**Características:** Utiliza preparações de consistência líquida (liquidificadas e coadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. Dieta de transição para dieta de consistência líquida pastosa. Pobre em fibras insolúveis, lactose e sacarose, proporcionando uma pequena quantidade de resíduos intestinais.

Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

### **Indicações**

Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição, em casos de doenças do trato digestório (propicia repouso digestivo – fácil digestibilidade), em pré e pós-operatórios. Em casos de intolerância a alimentos sólidos, controlando e/ou auxiliando no alívio dos sintomas da diarreia.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Batata, cenoura, mandioca, cará, inhame, chuchu e abobrinha sem sementes	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Obstipantes: banana maçã, goiaba, melão, maçã sem casca, pera sem casca	Sucos, coquetéis, liquidificadas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, farináceos (mucilon de arroz, amido de milho, farinha de mandioca) que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos, liquidificados e coados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão	Somente caldo
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite sem lactose, extrato de soja	Líquidos, vitaminas e mingaus ralos
<b>Grupo de gorduras</b>	Óleos vegetais	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Gelatina diet (máximo 2 vezes por semana)	Gelatinas como sobremesa
<b>Bebidas</b>	Chás e sucos de frutas obstipantes (caju, melão, goiaba ou maçã), água de coco – sem adição de açúcar	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Leite e derivados;
- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção ou (beterraba, vagem, milho, couve-flor, tomate, abobora Kabutiá);
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo, etc.);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Cereais integrais, pães doces, farelos e sementes, produtos fritos;
- Frutas laxativas: ameixa, manga, laranja, abacaxi, tamarindo, abacate, mamão, banana (nanica, da terra, marmelo);
- Feijão (grão);
- Leite e seus derivados integrais;
- Preparações gordurosas;
- Sobremesas ricas em açúcar;
- Alimentos ricos em gordura e de confeitaria (com recheios e coberturas);
- Açúcar, mel, melado, geleia, achocolatados, refrigerantes, balas, biscoitos doces, cereal instantâneo com açúcar e leite condensado;
- Farináceos industrializados que contêm açúcar em sua formulação (Neston, Mucilon, Farinha Láctea);
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1117,7kcal	58,6%	21,0%	20,4%	19g	1773,7mg

## Dieta laxativa (LX)

**Características:** Composta por todos os grupos de alimentos (cereais, tubérculos e raízes, frutas, legumes e verduras, feijões, leites e derivados, carnes, ovos, gorduras) garantindo quantidade adequada de água, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006). É uma dieta de consistência normal, fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colazione, almoço, lanche, jantar e ceia), com maior quantidade de alimentos ricos em fibras mistas (frutas, sucos de frutas laxativo, hortaliças cruas).

## Indicações

Pacientes com obstipação intestinal.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, suínas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro) e ovos, com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas, assadas e grelhadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todos os tipos	Cruas, cozidas, assadas, refogadas
<b>Grupo de frutas</b>	Laxativas: laranja, mamão, abacaxi, melancia, acerola, manga, tamarindo, uva, maçã e pera com casca, mexerica, melão	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos, coquetéis e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, fubá, aveia, mucilon de milho/cereais, neston e outros cereais, pães, pães integrais, quitandas, bolachas, biscoitos e bolos	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas laxativas, coquetel laxativo	Todas as formas de apresentação

**OBS: Para a dieta laxativa é oferecido coquetel laxativo como colazione.**

### Preparações e alimentos não indicados:

- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Cereais e farináceos obstipantes: amido de milho, Mucilon de arroz, Cremogema, polvilho;
- Frutas e sucos de frutas obstipantes: caju, goiaba, limão, maçã sem casca, banana maçã;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2123,5kcal	65,5%	16,1%	17,4%	37,5g	2015,3mg

### Dieta Líquida Pastosa Laxativa (LPLX)

#### Características

Utiliza preparações de consistência líquida engrossada (liquidificadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. Dieta de transição para dieta de consistência pastosa (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colazione, almoço, lanche, jantar e ceia), com maior quantidade de alimentos ricos em fibras mistas (frutas, sucos de frutas laxativo, hortaliças cruas).

#### Indicações

Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição, em casos de doenças do trato digestório (propicia repouso digestivo, fácil digestibilidade), em pré e pós-operatórios. Em casos de intolerância a alimentos sólidos e obstipação intestinal.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidas e liquidificados na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidos e liquidificados na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Laxativas: laranja, mamão, abacaxi, melancia, acerola, manga, tamarindo, uva, maçã e pera com casca, mexerica, melão	Sucos, coquetéis, cremes, papas, purês e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, fubá, aveia, mucilon de milho/cereais, neston e outros cereais que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos e liquidificados e/ou espessados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos e liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais, mingaus, vitaminas, frapês	Líquidos, mingaus, vitaminas, frapês
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces liquidificados, em forma de creme, pasta ou geleia
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas laxativas, coquetel laxativo	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção e que não sejam laxativos (batata, mandioca, farinha de mandioca);
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Cereais e farináceos obstipantes: amido de milho, mucilon de arroz, cremogema, polvilho;
- Frutas e sucos de frutas obstipantes: caju, goiaba, limão, maçã sem casca, banana maçã;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1460,1kcal	54,4%	15,4%	30,2%	11,5g	1626,8mg



## Dieta Líquida Laxativa (LLX)

**Características:** Utiliza preparações de consistência líquida (liquidificadas e coadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. Dieta de transição para dieta de consistência líquida. Fracionada em 6 refeições diárias (desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia), com maior quantidade de alimentos ricos em fibras mistas (frutas, sucos de frutas laxativo, hortaliças cruas).

### Indicações

Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição, em casos de doenças do trato digestório (propicia repouso digestivo – fácil digestibilidade), em pré e pós-operatórios. Em casos de intolerância a alimentos sólidos e obstipação intestinal.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidas, liquidificadas e coadas na sopa
<b>Grupo de hortaliças</b>	Todas que possam ser oferecidas cozidas e liquidificadas	Cozidas, liquidificadas e coadas na sopa
<b>Grupo de frutas</b>	Laxativas: laranja, mamão, abacaxi, melancia, acerola, manga, tamarindo, uva, maçã e pera com casca, mexerica, melão	Sucos, coquetéis
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo, fubá, aveia, mucilon de milho/cereais, neston e outros cereais que possam ser adicionados nas preparações e que não modificam a consistência da dieta	Cozidos, liquidificados e coados. Os cereais presentes no almoço e jantar serão oferecidos nas sopas
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos, liquidificados e coados na sopa
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite integral	Líquidos, mingaus, vitaminas, frapês ralos
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e gelatina como sobremesa
<b>Bebidas</b>	Chás, café, suco de frutas laxativas, coquetel laxativo	Líquidos, coquetel ralo

### Preparações e alimentos não indicados:

- Hortaliças e legumes que não podem ser submetidos a nenhum método de cocção e que não sejam laxativos (batata, mandioca, farinha de mandioca);
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo, etc);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Cereais e farináceos obstipantes: amido de milho, mucilon de arroz, cremogema, polvilho;
- Frutas e sucos de frutas obstipantes: caju, goiaba, limão, maçã sem casca, banana maçã;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1347,4kcal	56,3%	16,6%	27,1%	11,0g	1584,0mg

### Dieta Sem Irritantes Gástricos (SIG)

**Características:** Apresenta baixos níveis de tecido conectivo e celulose, abrandados por cocção e/ou ação mecânica, proporcionando uma consistência mais macia do que a dieta livre, facilitando a mastigação, deglutição e a digestão. Evita-se condimentos fortes, alimentos picantes ou irritantes, fermentativos e fibrosos (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Isenta de alimentos que estimulam a secreção ácida gástrica e isenta de irritantes gástricos. Segue padrão da dieta branda, sem irritantes gástricos.

### Indicações

Paciente com distúrbios gástricos (gastrites, úlceras pépticas) (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), com baixo teor de gordura	Cozidas, refogadas e assadas com consistência macia
<b>Grupo de hortaliças</b>	Que possam ser oferecidas assadas/cozidas ou em forma de creme/purê, sem casca e semente – exceto flatulentas (repolho, vagem, quiabo, batata-doce, brócolis, couve-flor)	Cozidas, refogadas, cremes, purês
<b>Grupo de frutas</b>	Macias ou que possam ser oferecidas assadas/cozidas, ou em forma de creme/purê (exceto frutas cítricas)	Cruas macias e a francesa, em compotas, assadas, purês, sucos
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz e macarrão bem cozidos, trigo, aveia e outros cereais, pães, bolachas, biscoitos e bolos	Bem cozidos ou assados macios
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Liquidificados
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados integrais (queijos, iogurtes, etc.), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais, margarina	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces macios ou em pasta
<b>Bebidas</b>	Chás claros, suco de frutas (exceto cítricas), água de coco	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Alimentos flatulentos como repolho, batata-doce, ovo, brócolis, couve-flor;
- Frituras e alimentos ricos em gordura;
- Hortaliças cruas, com cascas e/ou sementes;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Oleaginosas (castanha de caju, castanha do brasil, amendoim, etc.);
- Sucos e frutas cítricas (limão, laranja, mexerica, maracujá, abacaxi, tamarindo, acerola, uva e tangerina);
- Achocolatado, café, chá-mate, chá-preto;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1347,4kcal	56,3%	16,6%	27,1%	11,0g	1584,0mg

### Dieta de Baixo Resíduo (BRG)

#### Características

Tem consistência abrandada pela cocção e processos mecânicos com alimentos moídos, liquidificados, em forma de purês, mingaus e papas, exigindo pouca mastigação e facilitando a deglutição digestão. Segue padrão da dieta pastosa, pobre em fibras, lactose e sacarose, proporcionando uma pequena quantidade de resíduos intestinais (obstipante). Os adoçantes permitidos para uso são acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014).

#### Indicações

Indicada para pacientes em pré e pós-operatórios, preparo de exames, para controle do peristaltismo e situações que necessitem de repouso intestinal.

## Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Bovinas, aves (frango sem pele), peixes (sem couro), com baixo teor de gordura	Moídas, desfiadas
<b>Grupo de hortaliças</b>	Batata, cenoura, mandioca, cará, inhame, chuchu e abobrinha sem sementes bem cozidos	Purês
<b>Grupo de frutas</b>	Obstipantes: banana maçã, melão, goiaba, maçã sem casca, creme de maçã sem casca	Cruas macias e a francesa, em compotas, assadas, purês, sucos, sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz “papa”, macarrão bem cozido, mucilon de arroz, amido de milho, farinha de mandioca, pães macios, bolachas e biscoitos, bolo simples	Bem cozidos ou assados macios
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão	Somente caldo
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite sem lactose, extrato de soja, mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Óleos vegetais e margarina light (máximo 35% de lipídeos interesterificados)	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Gelatina diet (máximo 2 vezes por semana)	Gelatinas como sobremesa
<b>Bebidas</b>	Chás claros e sucos de frutas obstipantes (caju, melão, goiaba ou maçã), água de coco – sem adição de açúcar	Todas as formas de apresentação

### Preparações e alimentos não indicados:

- Pães duros ou com sementes;
- Cereais integrais, secos, contendo passas, nozes e outras frutas oleaginosas ou semente;
- Hortaliças folhosas cruas, com semente ou com casca e laxativas (beterraba, vagem, milho, couve-flor, tomate, abóbora Kabutiá);
- Frutas difíceis de transformar em purê, com casca e laxativas (ameixa, manga, laranja, abacaxi, melão, abacate);
- Carnes duras, crocantes, empanadas, gordas, aves com pele;
- Embutidos (linguiça, mortadela, salsicha, salame, etc.);
- Condimentos fortes (pimentas, temperos picantes, extrato de tomate, cravo);
- Conservas (azeitona, palmito, milho, ervilha, etc.);
- Cereais integrais, pães doces, farelos e sementes, produtos fritos;
- Leite e seus derivados;
- Alimentos ricos em gordura e de confeitaria (com recheios e coberturas);
- Açúcar, mel, melado, geleia, achocolatados, refrigerantes, balas, biscoitos doces, cereal instantâneo com açúcar e leite condensado;
- Achocolatado, café, chá-mate, chá-preto;
- Alimentos formadores de gases (grão do feijão, couve-flor, brócolis, repolho, milho, abóbora, pimentão, pepino);
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
1347,4kcal	56,3%	16,6%	27,1%	11,0g	1584,0mg

## Dieta para Gota (DGOTA)

**Características:** Dieta com redução de alimentos que favorecem o aumento do ácido úrico sérico. Evitam-se alimentos ricos em purinas e ácido oxálico. Faz-se uso moderado de alimentos com médio teor de purinas. Preferencialmente pobre em gorduras.

### Indicações

Pacientes que apresentem gota, nefrolitíase por ácido úrico.

### Preparações e alimentos indicados

Grupos	Alimentos ou Preparações Permitidas	Forma de Apresentação
<b>Grupo de carnes</b>	Peito de frango sem pele, ovo	Cozidas, refogadas, assadas, grelhadas (sem caldo)
<b>Grupo de hortaliças</b>	Exceto: beterraba, couve, couve-flor, espinafre, acelga, brócolis, quiabo, batata-doce	Cruas, cozidas, assadas, refogadas, purês sem leite e sem margarina
<b>Grupo de frutas</b>	Todos os tipos	Cruas, em compotas, assadas, purês, sucos e sobremesas
<b>Grupo de cereais</b>	Arroz, macarrão, trigo e outros cereais não integrais, pães, quitandas, bolachas, bolo simples	Assados e cozidos
<b>Grupo de leguminosas</b>	Feijão, ervilha, soja e outros	Cozidos – ½ porção
<b>Grupo de leite e derivados</b>	Leite e derivados desnatados (queijos, iogurtes, etc), mingaus, vitaminas, frapês	Todas as formas de apresentação
<b>Grupo de Gorduras</b>	Margarina light (máximo 35% de lipídeos interesterificados), isento de óleos	Nas preparações
<b>Grupo de açúcares</b>	Açúcar, mel, açúcar mascavo e doces (máximo 2 vezes por semana)	Açúcar nas preparações e doces em qualquer consistência
<b>Bebidas</b>	Chás claros, suco de frutas, água de coco	Líquidos

### Preparações e alimentos não indicados:

- Alimentos integrais;
- Alimentos ricos em gordura;
- Beterraba, couve, couve-flor, espinafre, acelga, brócolis, quiabo, batata-doce, milho, ervilha, lentilha, grão de bico, uva e ameixa;
- Achocolatado, café, chá-mate, chá-preto;
- Preparações com caldo;
- Extrato de carne, carne defumada;
- Embutidos como linguiça, bacon, salsicha, etc.;
- Pimentas e temperos picantes;
- Preparações com excesso de gordura, frituras;
- Produtos ultraprocessados (Biscoitos recheados, balas, guloseimas em geral, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sopas desidratadas, tempero pronto, refresco industrializado em pó ou líquido e refrigerantes).

### Composição Nutricional média

VET	CHO	PTN	LIP	Fibras	Na
2101,5kcal	67,3%	16,9%	15,8%	23,4g	1880,6mg



#### 4.7.2.7 Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Psicologia Hospitalar

O Serviço de Psicologia Hospitalar oferece atendimento psicológico aos pacientes e familiares em situação de urgência, dor, sofrimento, estresse pós-traumático, visando a minimização do impacto destas situações em suas vidas a partir da expressão dos seus sentimentos, compreensão de si mesmo e das consequências da doença no seu processo de viver, salientando a importância da parceria entre hospital e família na luta pela saúde e vida.

Visando a organização das ações do serviço de psicologia, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe a implantação do protocolo de atendimento de psicologia hospitalar.

LISTAGEM	
PROTOCOLO DE PSICOLOGIA	
POP 01	ATENDIMENTO HOSPITALAR DE PSICOLOGIA

#### POP 01 - ATENDIMENTO HOSPITALAR DE PSICOLOGIA

##### 5. FINALIDADE

Prestar atendimento aos pacientes e familiares.

##### 6. RESPONSABILIDADE

Psicólogos.

##### 7. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

###### EMERGÊNCIA

###### Responsabilidades:

- Realizar visita diária à unidade a fim de verificar pedidos de pareceres e inteirar-se do estado emocional dos pacientes, acompanhantes e equipe para identificar características de funcionamento psíquico, normal ou patológico e intervir sobre eles;
- Verificar quem são os pacientes internados e conhecer a história da internação atual;

- Contactar a equipe de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais) com o objetivo de verificar se há queixas da equipe em relação aos pacientes internados, obter dados do diagnóstico e do prognóstico do paciente e avaliar dados do comportamento do paciente frente à internação;
- Abordar o paciente com o seguinte propósito: apresentação do psicólogo, coletar informações sobre os dados de identificação do paciente para obter um mapa de fácil leitura das características importantes do paciente que podem afetar no diagnóstico, prognóstico, tratamento e adesão, avaliação das reações psicológicas frente à hospitalização e observação de reações comportamentais na interação do paciente com o psicólogo e/ou outros profissionais;
- Fazer a anamnese – Identificação, motivo da internação, história da moléstia atual, antecedentes mórbidos pessoais, hábitos e estilo de vida, antecedentes familiares, aspectos psicossociais e história de vida;
- Promover o exame psíquico – Aspectos gerais, nível de consciência, orientação alo e autopsíquica, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, cognição, personalidade, etc., - em formulário específico da Psicologia (Avaliação Psicológica);
- Fazer interconsulta e discutir os casos clínicos com a equipe multiprofissional para identificar, compreender e esclarecer os fatores emocionais que interferem no processo “do adoecer”;
- Trabalhar terapêuticamente a relação emocional do paciente com a sua doença e/ou momento de crise pela necessidade de permanência no hospital para o tratamento – individual - consiste em acolher, dar suporte psicoemocional e orientar os pacientes (quando em condições clínicas favoráveis);
- Atendimento ao familiar/cuidador ou responsável - Individual no consultório da psicologia, na unidade de internação ou em grupo na sala de acolhimento;
- Suporte psicoemocional à equipe – Individual - se necessário encaminhamento para acompanhamento psicoterápico especializado;
- Atender e encaminhar para serviço especializado os casos de autoextermínio, drogadição, doenças psiquiátricas e distúrbios psíquicos graves – individual e/ou com familiar;
- Fazer anotações, das tentativas de autoextermínio, no livro de registros do Setor de Psicologia;

- Emitir atestado de comparecimento ao familiar quando solicitado – em formulário específico da Instituição (SUS);
- Ampliar, através de técnicas psicológicas a consciência adaptativa do doente frente o ambiente estressor;
- Preparo psicológico para internação, tratamento clínico ou cirúrgico, procedimentos invasivos e alta hospitalar;
- Efetuar o preparo e suporte psicológico, aos familiares, nas notícias de óbitos;
- Evoluir no prontuário do paciente;
- Responsável pelos visitantes na unidade, no horário de visita - (entrada e saída) – Reunião na sala de acolhimento, acolhimento, orientações, informações, avaliações das condições do familiar para a visita e identificação do visitante – Informar o familiar da necessidade do uso de paramento quando sugerido;
- Avaliar e liberar se necessário mais de um visitante nos casos de morte encefálica, pacientes terminais, etc.;
- Acolher, dar suporte e desenvolver atividades didáticas com os estagiários de psicologia, dentro dos critérios pré-estabelecidos entre a Universidade e Instituição;
- Obedecer ao uso obrigatório de jaleco, sapatos fechados, cabelos presos e EPIs em locais sugeridos;
- Manter discrição na postura física e comportamental.

### **Orientações e Informações dadas aos familiares visitantes durante reunião na sala de acolhimento**

- Informar normas e rotinas da unidade;
- Informar horário e tempo de visita, permanência breve, passível de atrasos e interrupções, devido à instabilidade dos pacientes e rotinas, e da necessidade de limitação do número de visitantes;
- Esclarecer ao familiar que informações sobre o quadro clínico do paciente é feito pelo médico plantonista;
- Informar e orientar o familiar sobre os cuidados preventivos no controle de infecção hospitalar/cruzada, e higienização das mãos;
- Reforçar a importância da visita (papel do familiar) orientando para evitar assuntos que provoquem emoções negativas no paciente e da importância do equilíbrio emocional diante do paciente;

- Esclarecer sobre a possibilidade de contato com afeto, carinho e apoio (cuidando para não tocar nos aparelhos);
- Reforçar no familiar a importância da autoavaliação, percepção e da condição emocional pessoal, para a realização da visita;
- Esclarecer sobre o que é uma AIH (Autorização de Internação Hospitalar), Regulação e transferência - informar que na transferência é necessário a presença de um responsável;
- Informar sobre a necessidade do preenchimento da Ficha Social para posterior comunicação com a família e que a enfermagem é quem decidirá sobre a necessidade ou não de acompanhantes na emergência;
- Orientar para evitar caminhar pela unidade, conversar com outros visitantes e/ou visitar outros leitos (risco de contaminação cruzada);
- Solicitar o desligamento dos celulares durante a visita;
- Orientar o familiar da liberdade de interromper a visita no momento em que desejar.

## **UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

### **Responsabilidades:**

- Realizar visita diária à unidade a fim de verificar pedidos de pareceres e inteirar-se do estado emocional dos pacientes e equipe para identificar características do funcionamento psíquico, normal ou patológico e intervir sobre eles;
- Verificar quem são os pacientes internados e conhecer a história da internação atual;
- Contactar a equipe de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais) com o objetivo de verificar se há queixas da equipe em relação aos pacientes internados, obter dados do diagnóstico e do prognóstico do paciente e avaliar dados do comportamento do paciente frente à internação;
- Abordar o paciente com o seguinte propósito: apresentação do psicólogo, coletar informações sobre os dados de identificação do paciente para obter um mapa de fácil leitura das características importantes do paciente que podem afetar no diagnóstico, prognóstico, tratamento e adesão, avaliação das reações psicológicas frente à hospitalização e observação de reações comportamentais na interação do paciente com o psicólogo e/ou outros profissionais;

- Promover o exame psíquico – Aspectos gerais, nível de consciência, orientação alo e autopsíquica, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, cognição, personalidade, etc..., - - em formulário específico da Psicologia (Avaliação Psicológica);
- Avaliar as necessidades do paciente durante a internação (atividades de recreação, objetos pessoais, presença dos familiares para alimentação e visita extra rotina, entre outras);
- Trabalhar terapêuticamente a relação emocional do paciente com a sua doença e/ou momento de crise pela necessidade de permanência na UTI para o tratamento Individual no leito;
- Ampliar, através de técnicas psicológicas a consciência adaptativa do doente frente o ambiente estressor;
- Favorecer a expressão de sentimentos e emoções dos pacientes, sobre o seu tratamento e sobre sua experiência e vivência na UTI;
- Dar suporte psicológico à equipe nas dificuldades em lidar com situações críticas, atuando em momentos paralisantes ou de grande angústia visando o fortalecimento do profissional, se necessário encaminhar para serviço especializado;
- Acompanhar e preparar psicologicamente e dar suporte aos familiares de pacientes em situações críticas ou de óbitos;
- Favorecer a expressão não verbal do paciente entubado ou sem possibilidade de comunicação verbal, através de técnicas adaptativas à situação, aliviando o estresse, sempre com caráter preventivo em saúde mental;
- Fazer interconsulta e discussão de casos clínicos com equipe multiprofissional para identificar, compreender e esclarecer os fatores emocionais que interferem no processo do adoecer;
- Promover a humanização da tarefa do intensivismo;
- Acolher, dar suporte e desenvolver atividades didáticas com os estagiários de psicologia dentro dos critérios pré-estabelecidos entre a Universidade e Instituição;
- Responsável pelos visitantes na unidade, no horário de visita - (entrada e saída) – Reunião na sala de acolhimento, acolhimento, orientações, informações, avaliações das condições do familiar para a visita e identificação do visitante;

- Avaliar e liberar se necessário mais de um visitante nos casos de morte encefálica ou iminência de morte;
- Emitir atestado de comparecimento ao familiar quando solicitado. Em formulário específico da instituição (SUS);
- Responder pedidos de pareceres;
- Evoluir no prontuário do paciente;
- Obedecer ao uso obrigatório de jaleco, sapatos fechados, cabelos presos e EPIs em locais sugeridos;
- Manter discrição na postura física e comportamental.

### **Orientações e Informações dadas aos familiares visitantes durante reunião na sala de acolhimento**

- Informar normas e rotinas da unidade;
- Informar horário e tempo de visita (1 hora) e que é passível de atrasos que poderão ser compensados no final e da limitação do número de visitantes;
- Informar da possibilidade de interrupção da visita em caso de intercorrências graves dentro da unidade;
- Esclarecer ao familiar que informações sobre o quadro clínico do paciente é feito pelo médico;
- Informar e orientar o familiar sobre os cuidados preventivos no controle de infecção hospitalar/cruzada, higienização das mãos e uso de paramentos;
- Reforçar a importância da visita (papel do familiar) orientando para evitar assuntos que provoquem emoções negativas no paciente e da importância do equilíbrio emocional diante da dor, sofrimento e morte;
- Esclarecer sobre a possibilidade de contato com afeto, carinho e apoio (cuidando para não tocar nos aparelhos);
- Reforçar no familiar a importância da autoavaliação, percepção e da condição emocional para a realização da visita;
- Solicitar o desligamento dos celulares durante a visita;
- Orientar o familiar da liberdade de interromper a visita no momento que desejar.

## **ENFERMARIAS**

### **Responsabilidades:**

- Realizar visita diária à unidade a fim de verificar pedidos de pareceres e inteirar-se do estado emocional dos pacientes, acompanhantes e equipe para identificar características de funcionamento psíquico, normal ou patológico e intervir sobre eles;
- Verificar quem são os pacientes internados e conhecer a história da patologia atual – atendimento por solicitação e busca ativa;
- Contatar a equipe de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais) com o objetivo de verificar se há queixas da equipe em relação aos pacientes internados, obter dados do diagnóstico e do prognóstico do paciente e avaliar dados do comportamento do paciente frente à internação;
- Abordar o paciente com o seguinte propósito: apresentação do psicólogo, coletar informações sobre os dados de identificação do paciente para obter um mapa de fácil leitura das características importantes do paciente que podem afetar no diagnóstico, prognóstico, tratamento e adesão, avaliação das reações psicológicas frente à hospitalização e observação de reações comportamentais na interação do paciente com o psicólogo e/ou outros profissionais;
- Trabalhar terapêuticamente a relação emocional do paciente com a sua doença e/ou momento de crise pela necessidade de permanência no hospital para o tratamento; - Individual; a partir de solicitações e busca ativa;
- Fazer a anamnese do paciente – Identificação, conhecimento sobre o motivo da internação e doença, antecedentes mórbidos pessoais e sequelas emocionais advindas de doenças, tratamentos ou internações anteriores, hábitos e estilo de vida, antecedentes familiares, aspectos psicossociais e história de vida;
- Promover o exame psíquico – Aspectos gerais, nível de consciência, orientação alo e autopsíquica, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, cognição, personalidade, etc. Em formulário específico da Psicologia (Avaliação Psicológica);
- Ampliar, através de técnicas psicológicas a consciência adaptativa do doente frente o ambiente estressor;
- Dar suporte, aplicar técnicas psicológicas e acompanhar pacientes em procedimentos invasivos e cirurgias (quando cirurgia, até o momento da anestesia no centro cirúrgico);

- Atender e encaminhar para serviço especializado os casos de autoextermínio, drogadição, doenças psiquiátricas e distúrbios psíquicos – em formulário específico da instituição;
- Fazer interconsulta e discussão de casos clínicos com equipe multiprofissional para identificar, compreender e esclarecer os fatores emocionais que interferem no processo do adoecer;
- Dar suporte psicoemocional ao familiar/cuidador nos momentos críticos e de sofrimento - Individual no consultório da psicologia ou na unidade de internação do paciente;
- Suporte psicoemocional à equipe – Individual - se necessário encaminhamento para acompanhamento psicoterápico especializado;
- Acolher, dar suporte e desenvolver atividades didáticas com os estagiários de psicologia dentro dos critérios pré-estabelecidos entre a Universidade e Instituição;
- Responder pedidos de pareceres;
- Evoluir no prontuário do paciente;
- Obedecer ao uso obrigatório de jaleco, sapatos fechados, cabelos presos e EPIs em locais sugeridos;
- Manter discricção na postura física e comportamental.

## **CENTRO-CIRÚRGICO - RPA**

### **Responsabilidades:**

- Realizar visita diária à unidade a fim de verificar pedidos de pareceres e inteirar-se do estado emocional dos pacientes e equipe para identificar características do funcionamento psíquico, normal ou patológico e intervir sobre eles;
- Verificar quem são os pacientes internados e conhecer a história da internação atual;
- Realizar acompanhamento pré-cirúrgico, quando solicitado pela equipe multiprofissional;
- Contactar a equipe de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais) com o objetivo de verificar se há queixas da equipe em relação aos pacientes internados, obter dados do diagnóstico e do prognóstico do paciente e avaliar dados do comportamento do paciente frente à internação;



- Abordar o paciente com o seguinte propósito: apresentação do psicólogo, coletar informações sobre os dados de identificação do paciente para obter um mapa de fácil leitura das características importantes do paciente que podem afetar no diagnóstico, prognóstico, tratamento e adesão, avaliação das reações psicológicas frente à hospitalização e observação de reações comportamentais na interação do paciente com o psicólogo e/ou outros profissionais;
- Promover o exame psíquico: aspectos gerais, nível de consciência, orientação alo e autopsíquica, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, cognição, personalidade, etc., em formulário específico da Psicologia (Avaliação Psicológica);
- Fazer avaliação psicoemocional para avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico durante a permanência no Hospital – se necessário encaminhar para continuação do atendimento psicológico na unidade de internação pós-cirúrgica;
- Realizar acompanhamento psicológico durante o processo cirúrgico, quando necessário;
- Fazer reunião na sala de acolhimento com familiares dos pacientes internados na RPA, após visita à unidade e levantamento de dados;
- Realizar atendimento ao familiar/cuidador ou responsável na unidade de internação e/ou no consultório, situado no setor de psicologia, quando necessário;
- Dar suporte psicoemocional à equipe – Individual - se necessário encaminhamento para acompanhamento psicoterápico especializado;
- Interconsulta e discussão de casos clínicos com equipe multiprofissional para identificar, compreender e esclarecer os fatores emocionais que interferem no processo do adoecer;
- Atender e encaminhar para serviço especializado os casos de autoextermínio, drogadição, doenças psiquiátricas e distúrbios psíquicos – em formulário específico da Instituição (SUS);
- Responder pedidos de pareceres;
- Evoluir no prontuário do paciente;
- Obedecer ao uso obrigatório de jaleco, sapatos fechados, cabelos presos e EPIs em locais sugeridos;
- Manter descrição na postura física e comportamental.

#### **4.7.2.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

A enfermagem é uma profissão de fundamental importância na construção qualificada de assistência à saúde e sua metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade na qual está inserida para que as demandas do cuidado do cliente sejam supridas. O planejamento da assistência de enfermagem deve pautar-se na apresentação de resultados que contribuam para a recuperação do indivíduo, sendo necessário individualizar e sistematizar esta assistência. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado baseados nos princípios técnicos científicos, de maneira que a operacionalização e documentação do processo de enfermagem (PE) evidencia a contribuição da Enfermagem no cuidado, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.

A SAE subsidia as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo ao identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem. É um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, que a partir da sistematização identifica, compreende, descreve, explica e/ou prediz como os pacientes respondem aos processos vitais e às doenças, e quais aspectos requerem intervenções de enfermagem tornando, dessa forma, a assistência de enfermagem mais qualificada.

A SAE é, portanto, o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. Dessa forma, incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.

O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação. As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático.

Sua implementação é obrigatória no Brasil (COFEN, 2009 - Resolução COFEN n.º 358/2009) e sua utilização, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2001).

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe implementar a SAE no **CHRDJC**, utilizando estratégias capazes de motivar sua utilização no contexto hospitalar.

A assistência de enfermagem atualmente prestada no hospital será reavaliada e o processo de trabalho revisado, sendo previstas as seguintes etapas para implantação da SAE:

- I. Reconhecimento da realidade institucional;
  - II. Sensibilização da equipe de enfermagem e da Diretoria para a implantação da SAE;
  - III. Definição de missão, filosofia, valores e objetivos do Serviço de Enfermagem da Instituição;
  - IV. Preparo intelectual (teórico) da equipe de enfermagem;
  - V. Definição do Referencial Teórico e revisão bibliográfica sobre a SAE;
  - VI. Elaboração e/ou refinamento dos instrumentos do Processo de Enfermagem de forma dialogada, levando-se em conta o Know how de cada enfermeiro, tais como a consulta de enfermagem e outros instrumentos,
  - VII. Capacitação da equipe para utilização do Processo de Enfermagem.
- Já está descrita a Comissão de Ética de Enfermagem.

### Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Criação de Comissão para Revisão da SAE atualmente desenvolvida na unidade						
Revisão Bibliográfica sobre SAE						
Capacitação da equipe para utilização do Processo de Enfermagem						
Implementação da Sistematização da Assistência na modalidade do Processo de Enfermagem						
Acompanhamento e monitoramento da execução da SAE						
Reuniões Bimensais para retroalimentação das Coordenações de Enfermagem e correção das fragilidades detectadas						

## 4.8 Implantação de Fluxos e Processos

### 4.8.1 Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação em Áreas Restritivas, Externas e de Internações

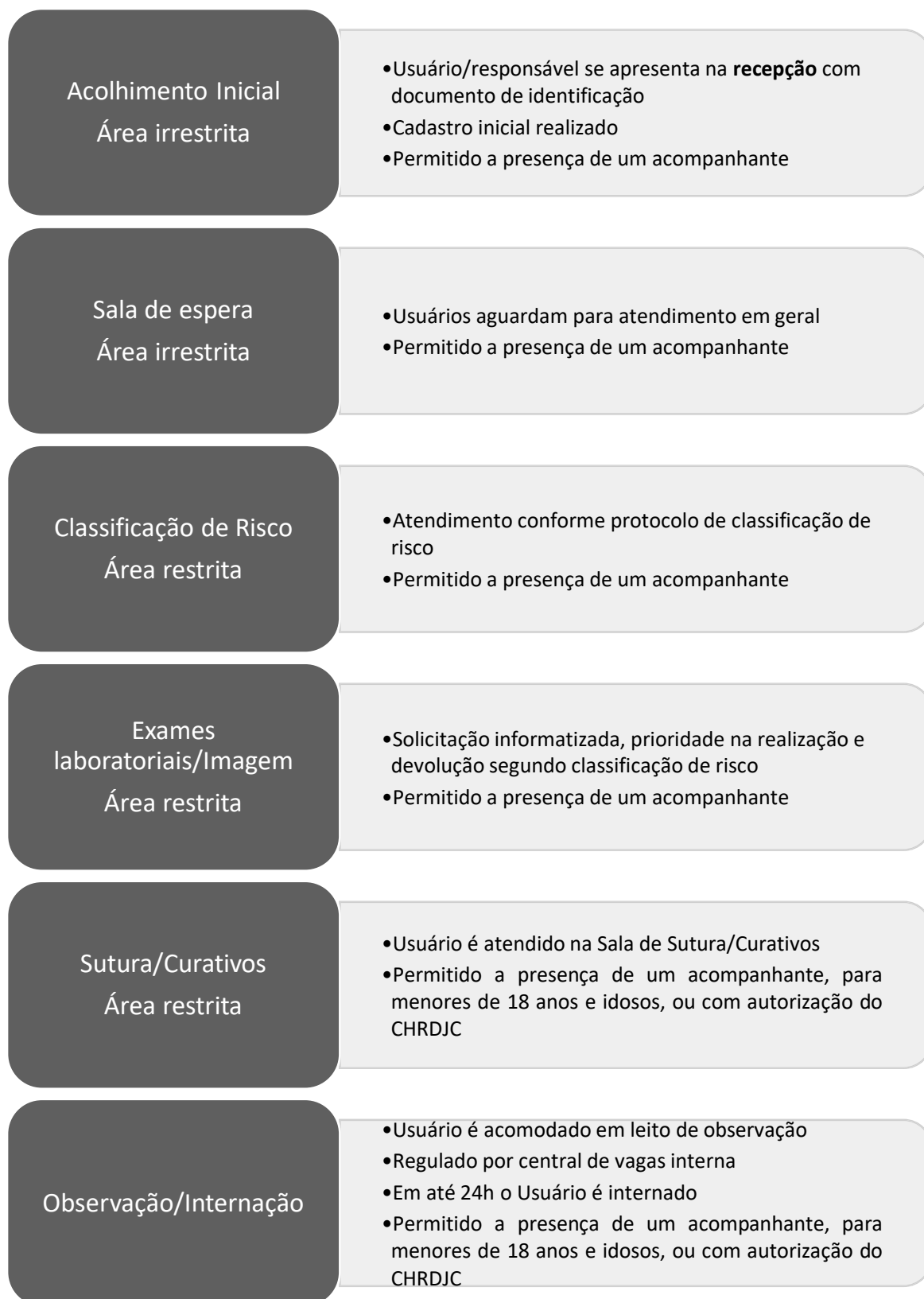
Em coerência com o novo Modelo Gerencial proposto, torna-se necessária a definição dos fluxos para o atendimento ao usuário, de modo que contemple aspectos peculiares dos processos de trabalho e acesso do usuário à unidade, com vistas à qualidade do atendimento.

Em relação ao controle de fluxo de entrada e saída de pacientes, uma das estratégias mais utilizadas é a organização do atendimento por meio da utilização de protocolos de classificação do risco para priorizar os casos mais graves.

No Fluxo de Admissão de Pacientes no **CHRDJC** para os pacientes oriundos de demanda espontânea (obstetrícia) ou referenciada deverá ser gerado ficha de atendimento no guichê e posterior encaminhamento do paciente à sala de classificação de risco. Caso a enfermeira avalie que a demanda do paciente se enquadre no perfil de atendimento do **CHRDJC**, o mesmo é conduzido ao atendimento médico. Não se tratando de perfil da **CHRDJC**, o paciente é contrarreferenciado para a unidade adequada, depois de devidamente acolhido.

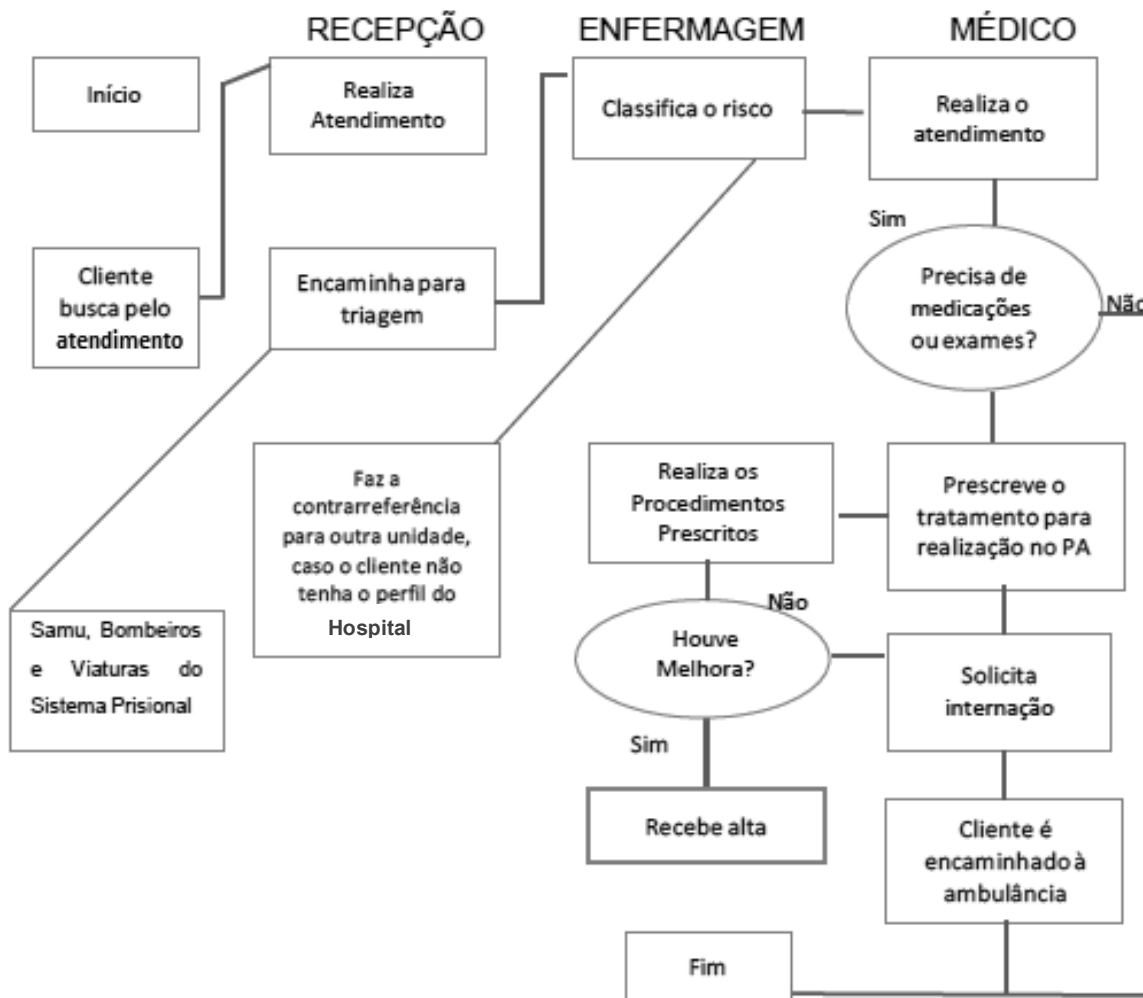
Os pacientes transportados pelo SAMU e BOMBEIROS deverão entrar direto pela portaria da emergência. Enquanto o paciente é encaminhado a sala de emergência o funcionário do resgate vai ao guichê (pela parte interna) prestar informações sobre a identificação do paciente para que seja feito a ficha de atendimento.

## Fluxograma 05:



Fonte: E.D., Fluxos e Processos de Trabalho de um Serviço de Urgência e Emergência, 2009.

## Fluxograma 06: Macrofluxo de Atendimento



Fonte: E.D., Fluxos e Processos de Trabalho de um Serviço de Urgência e Emergência, 2009.

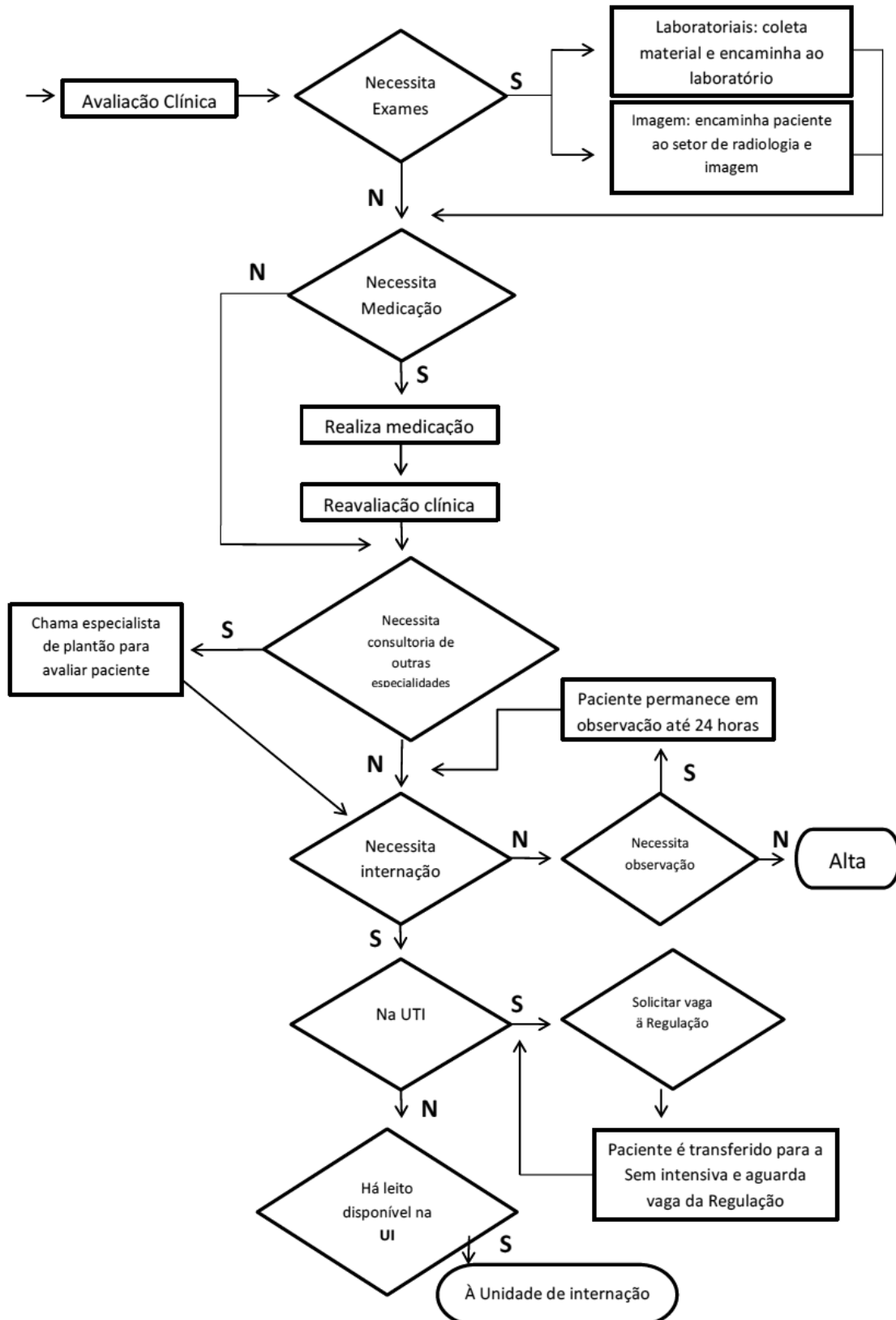
O macrofluxo de atendimento é apoiado pelos seguintes fluxos, que serão discutidos com toda a equipe do **CHRDJC** para sua efetiva implantação:

- ✓ Fluxo interno para realização de exames diagnósticos, por meio de solicitação informatizada com prioridade na realização e devolução, segundo a classificação do ACCR;
- ✓ Fluxo do usuário para atendimento médico: será definido o local de espera, onde o usuário aguardará pelo atendimento médico em local específico, de acordo com a classificação do seu agravo;
- ✓ Fluxo de consulta médica: o usuário será chamado de acordo com a Classificação do ACCR na seguinte ordem: Amarelo, Verde e Azul (vermelho e laranja deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência);

- ✓ Fluxo do usuário para o atendimento de enfermagem: será discutida com a equipe de enfermagem a implantação da Consulta de Enfermagem e, desta forma, após abertura da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) o usuário será encaminhado à Consulta de Enfermagem;
- ✓ Fluxo da Sala de Observação, da Sala de Inalação e Medicação e Sala de Suturas, conforme exemplos abaixo, a serem readequados, em conjunto com as equipes de atendimento, após o início das atividades na unidade. Todos os locais de atendimento deverão ter seus fluxos redesenhados e pactuados internamente;
- ✓ Fluxo de informações aos familiares/acompanhantes: adoção de Boletim Informativo com informações sobre o estado de saúde dos usuários, a ser disponibilizado ao Serviço Social a cada troca de plantão;
- ✓ Fluxo de visitas de familiares, com dois horários específicos para a visita de familiares e troca de acompanhantes (a permanência de acompanhantes nas salas de observação (adulto e infantil) e na sala de medicação será permitida apenas para pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos de idade. Alguns casos podem ser considerados exceções e serão avaliados e tratados pela equipe assistencial presente).

## Fluxograma 07:

### Fluxo de Atendimento-Sala de Observação

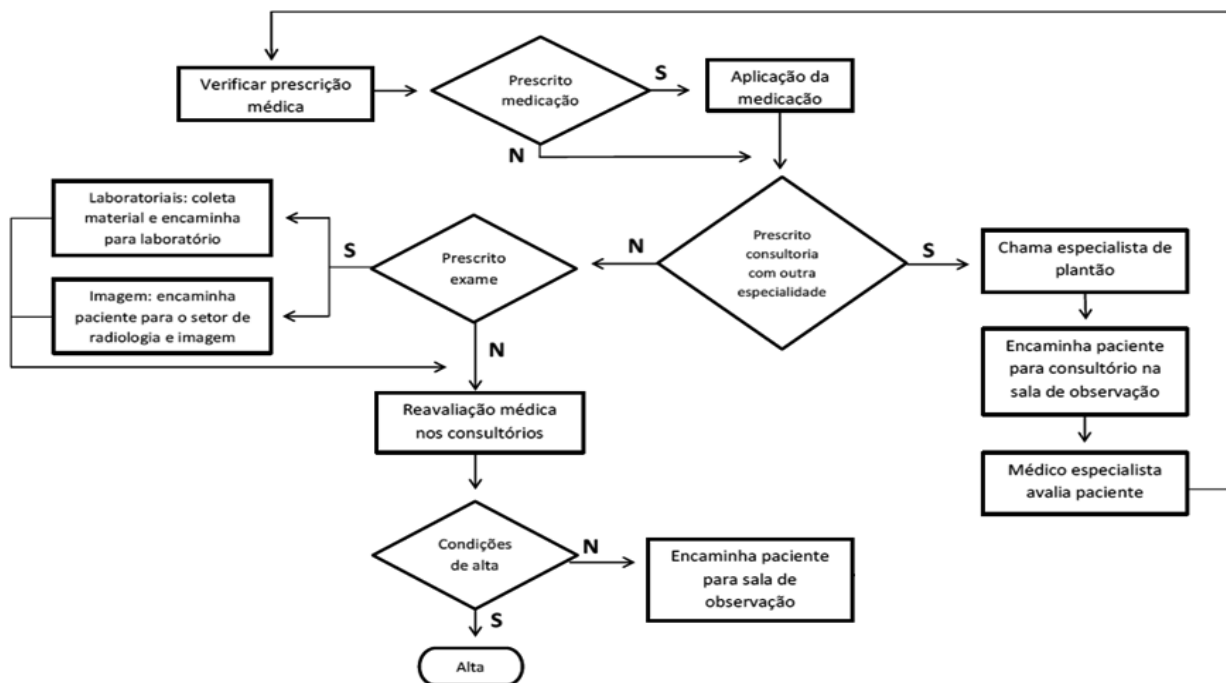


Fonte: E.D., Fluxos e Processos de Trabalho de um Serviço de Urgência e Emergência, 2009.



**Fluxograma 08:**

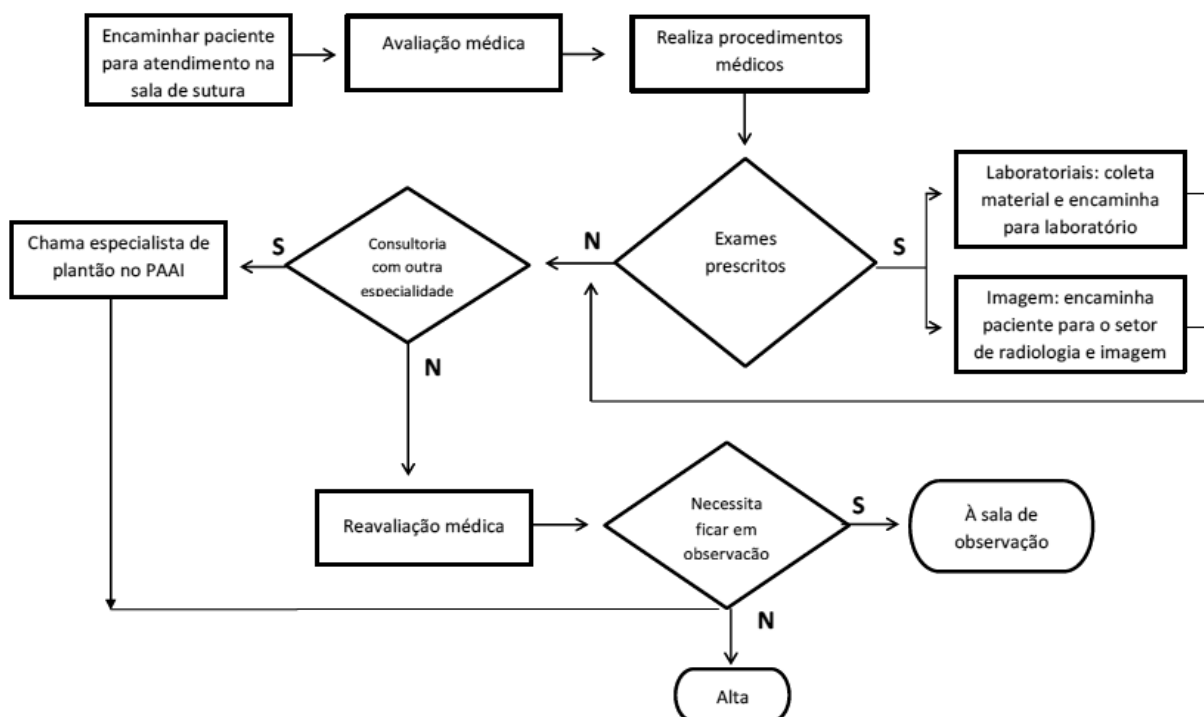
**Fluxo de Atendimento na Sala de Inalação e Medicação**



Fonte: E.D., Fluxos e Processos de Trabalho de um Serviço de Urgência e Emergência, 2009.

**Fluxograma 09:**

**Fluxo de Atendimento na Sala de Sutures**



Fonte: E.D., Fluxos e Processos de Trabalho de um Serviço de Urgência e Emergência, 2009.

O acolhimento e autorização para acesso de pessoas será feito, exclusivamente, pelas entradas principais de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais.

O trânsito de funcionários e prestadores de serviços nas dependências do **CHRDJC** será realizado, exclusivamente, pela entrada de serviço.

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e colaboradores que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos bem como, terem sua entrada e saída registrada em livro próprio e/ou controle eletrônico, conforme o caso.

- Serão reconhecidos como crachás – adesivos autocolantes:

**Acompanhante:** destinado a acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados no **CHRDJC**;

**Visitante:** destinado a visitantes, fornecedores e demais pessoas que desejem ter acesso às dependências do **CHRDJC**, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;

**Funcionários:** Crachá funcional/nominal;

**Prestador de Serviço:** destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações.

A entrega de crachá e ou adesivos autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade do mesmo. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização.

Os funcionários em trânsito também deverão ser identificados através do crachá e ter a entrada registrada em livro próprio ou controle eletrônico. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver portando o crachá, a Recepção Central deverá verificar junto a Coordenação o cadastro do profissional e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

Os funcionários das empresas terceirizadas a exemplo dos profissionais de Nutrição, Dietética e Manutenção, no exercício de suas funções dentro das instalações do **CHRDJC** também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações em livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída. O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade/Coordenação ou Direção Receptora.

A critério do **CHRDJC** poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores, agenciadores. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição. Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços alcoolizados.

#### **Trânsito de volumes, objetos e bens móveis**

A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da **Autorização de Saída de Material**, que será sempre emitida, em duas vias, ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada. Essa via deve ser apresentada na Recepção para a saída da mercadoria. A mesma deve ser devolvida no ato da devolução da mercadoria.

A medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço, etc.

#### **Vigilância e Segurança Patrimonial**

Haverá plena fiscalização das equipes de vigilância, devendo as mesmas ser executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente.

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança dos prédios (Sede e Unidades), notadamente explosivos e inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem odores e impacto ambiental, salvo quando houver instalações apropriadas para tal e com pleno consentimento/deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à gestão dos resíduos de saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho.

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas.

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao Serviço de Vigilância, à Gerência de Logística e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição.

O responsável pela Unidade/Posto e conseqüentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar primeiro o Diretor Geral para providências de registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de serviço de vigilância.

Concluída a sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, sujeitar-se-á o envolvido a uma das seguintes opções:

- a) Arcar com as despesas da recuperação do material;
- b) Substituir o material por outro com as mesmas características;
- c) Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa.

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado ao protocolo.

É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações do **CHRDJC**.

## **Circuito Interno de TV - CFTV/Sala de Monitoramento**

A **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende criar e implementar um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV - CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa do **CHRDJC**.

Tal sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança do **CHRDJC**, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/colaboradores, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e imediações do prédio, na forma da legislação vigente.

**Sala de Monitoramento** equipada com monitores de LCD, que transmitirão as informações para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta/providências cabíveis.

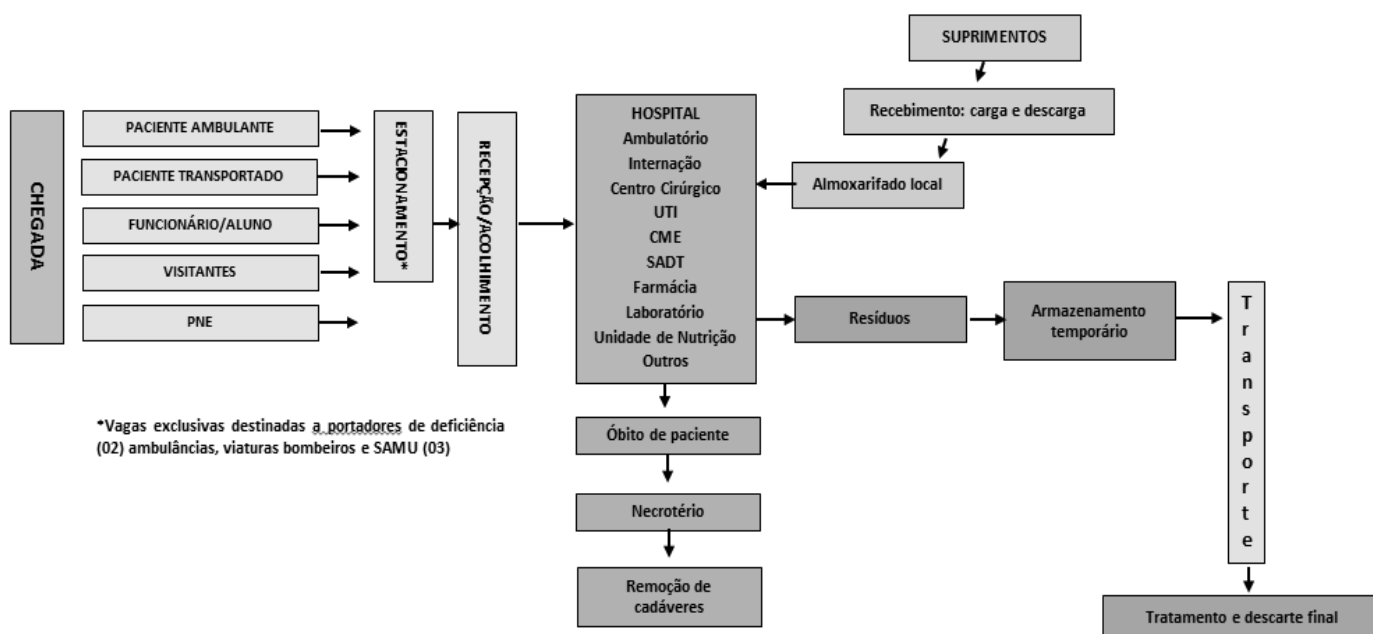
O monitoramento **também poderá ser realizado à distância** por setores/pessoas previamente autorizadas, que poderão tomar providências imediatas e eficazes para resolução dos problemas sem, contudo, dispensar a atenção.

A instalação do circuito obedecerá à legislação vigente. Estas placas de aviso serão instaladas nos locais monitorados e informarão sobre o circuito de câmeras, proporcionando embasamento jurídico/legal, bem como ampliando a sensação de segurança para as pessoas/colaboradores.

**Fluxograma 10:**

**Fluxos Operacionais compreendendo Circulação em Áreas Restritas**

**Fluxograma para Circulação Externa e Interna em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**



#### **4.8.2 Fluxos para Registro de Documentos de Usuários e Administrativos**

O registro de documentos de usuários no **CHRDJC** seguirá o fluxo de atendimento.

Ao dar entrada no serviço, conforme fluxo de referência do complexo regulador o paciente será admitido e aberto prontuário único, onde serão inseridos todos os registros médicos e da equipe multiprofissional, conforme atendimento recebido. Após encerrado o atendimento, com a saída do paciente, o prontuário será impresso e arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

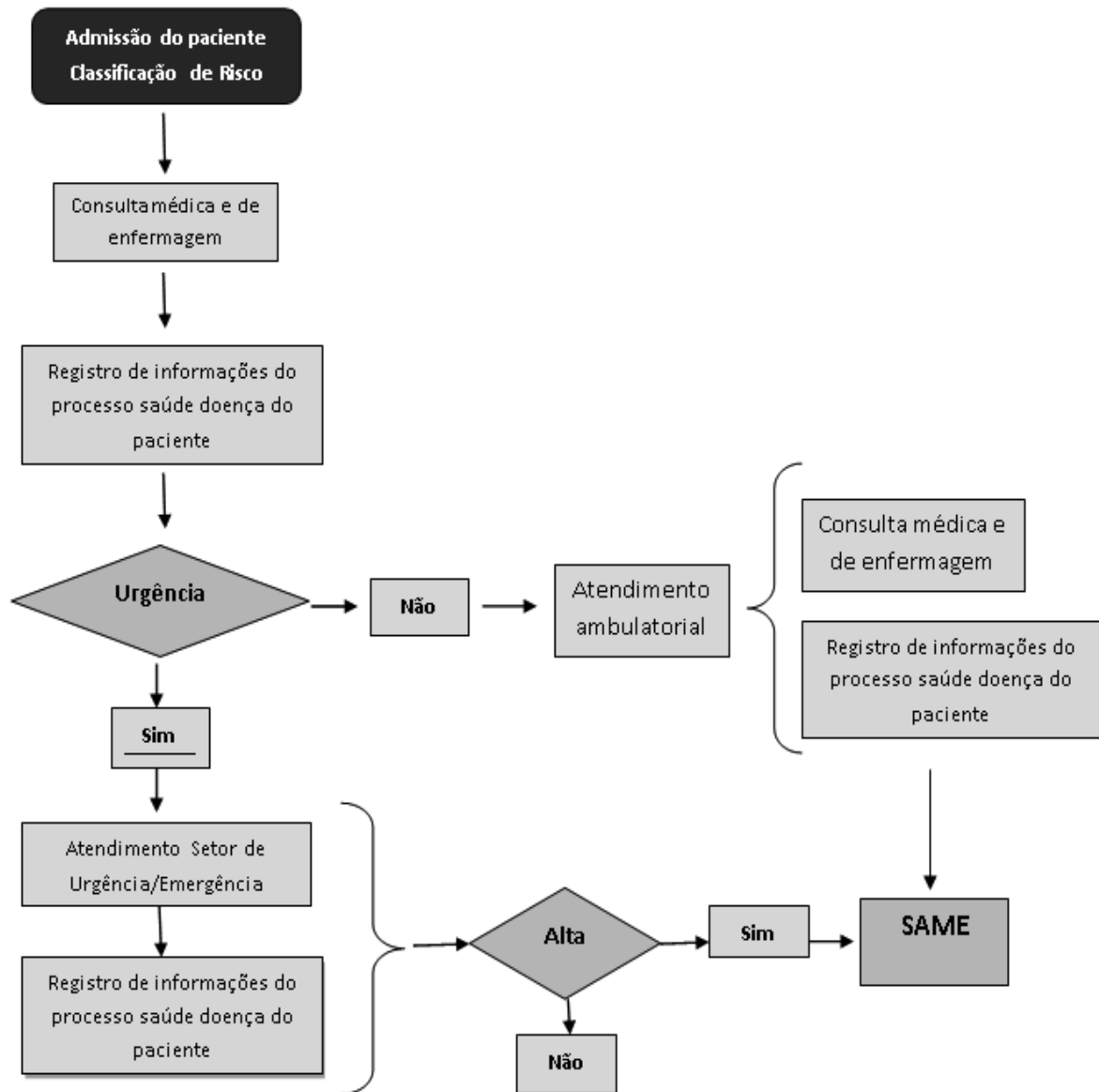
A **OS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe na realização do Planejamento Estratégico definir prazos para implementar o Prontuário Eletrônico, com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética.

Conforme proposta de Gestão da Informação será utilizado sistema de prontuário eletrônico, documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo. As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.



## Fluxograma 11:

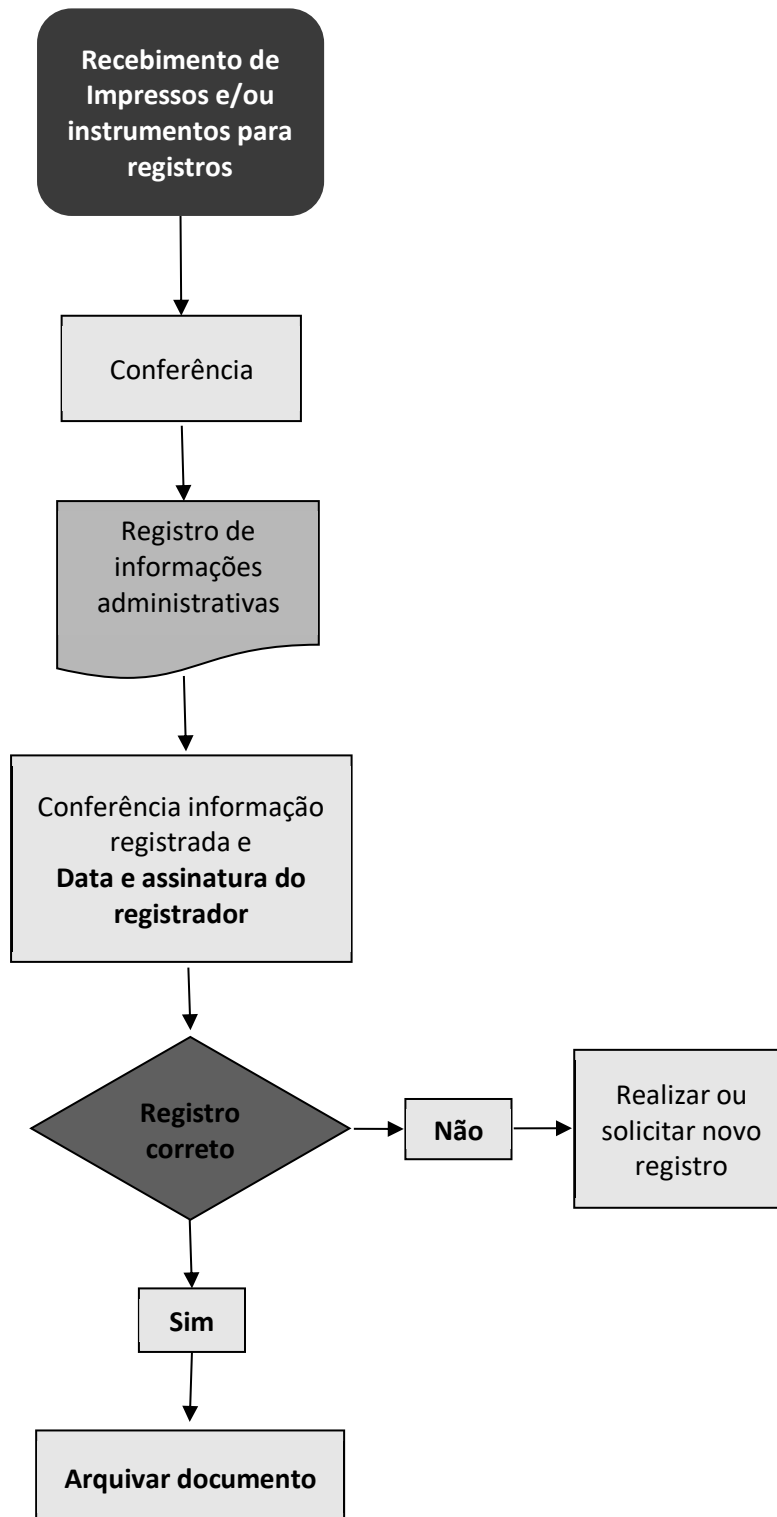
### FLUXO PARA REGISTROS DE DOCUMENTOS DE USUÁRIOS



O registro de documentos administrativos seguirá o fluxo de recebimento, conferência, registro de informações administrativas, conferência dos registros e arquivo.

## Fluxograma 12:

### FLUXO PARA REGISTROS DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

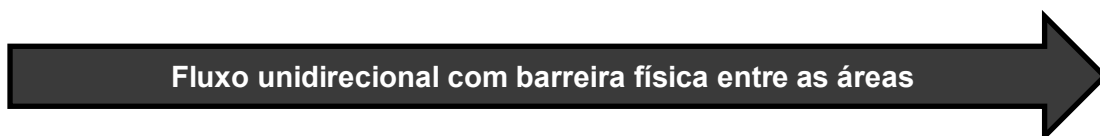


#### 4.8.3 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados

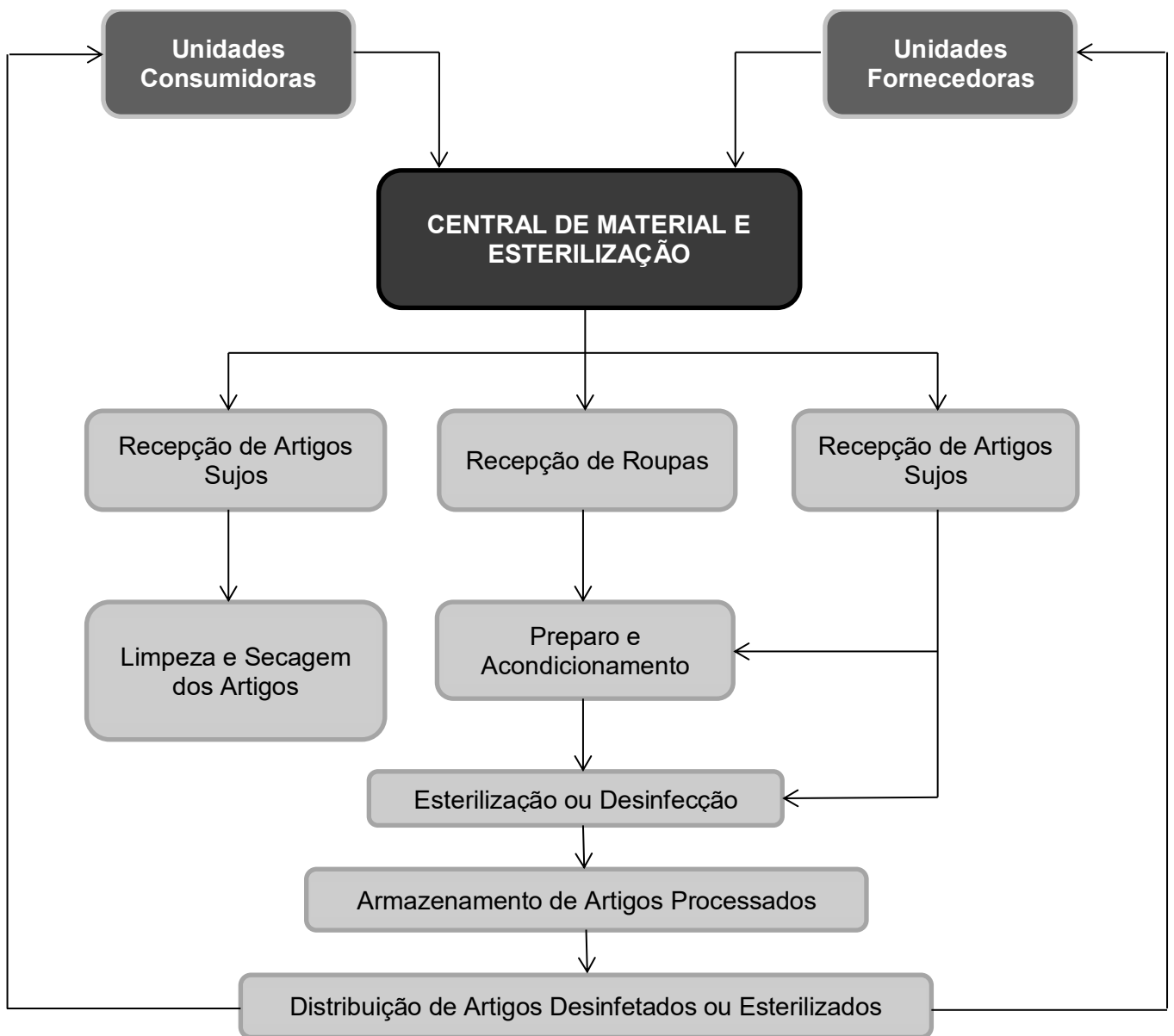
A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

#### Fluxograma 13: Fluxo unidirecional da CME

Expurgo	Preparo de material e carga da autoclave	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril
<b>ÁREA SUJA</b>	<b>ÁREA LIMPA</b>	<b>ÁREA ESTÉRIL</b>



**Fluxograma 14: Fluxo unidirecional dos artigos na CME**



#### 4.8.3.1 Processos CME- RDC ANVISA 15, de 15/03/2012

**De acordo com a Resolução RDC ANVISA 15, de 15/03/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde e dá outras providências.**

##### **Limpeza**

É o processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, devendo ser realizada imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

##### **Produtos**

- **Sabão Neutro:** facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza;
- **Sabão Enzimático:** remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos;
- **Desincrustante:** proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vezes por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

##### **Desinfecção:**

É o processo físico ou químico que destrói todos os micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os micro-organismos esporulados).

##### **Tipo de Desinfecção**

- **Baixo Nível:** é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não-lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa micro-organismo resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;
- \* **Álcool 70%:** desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível*;
- **Médio Nível (Intermediário):** tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;

- \* **Hipoclorito de sódio a 1%:** desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;
- **Alto Nível:** destrói todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos;
- \* **Glutaraldeído:** desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;
- \* **Ácido Peracético:** desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*.

**CrITÉRIOS de indicação para Desinfecção de Artigos:** baseada na classificação de artigos.

- **Artigos críticos:** penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;
- **Artigos semicríticos:** destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras;
  - Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
- **Artigos não críticos:** artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

### **Esterilização:**

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de micro-organismo presentes.

**Reprocessamentos:** É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção e esterilização.

**Obs.** Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

**Reesterilização:** É o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida.

### **Tipos de Esterilização:**

- **Esterilização Física/Autoclave:** Processo de esterilização que utiliza alta temperatura de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);
- **Esterilização Química:** É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termos sensíveis. Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);
- **Esterilização Físico-Química/Óxido e Etileno:** é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

### **Validade da Esterilização:**

- **Papel Crepado:** 30 dias;
- **Papel grau cirúrgico:** 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);
- **Tecido:** 07 dias (em autoclave);
- **Saco plástico/tecido:** 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);
- **Tecido:** imediato (esterilização química de material cirúrgico).

### **Reprocessamento de Artigos de Uso Único:**

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos). Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização, e, portanto, sua reutilização é proibida.

(Resolução RDC Nº. 156/2006; Resolução RE Nº. 2605/2006 ANVISA/MS; RDC ANVISA 15, de 15/03/2012).

### **Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:**

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

### **Lista de Produtos Médicos de Uso Único:** *(Resolução RE Nº. 2605/2006 ANVISA/MS).*

1. Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
2. Aventais descartáveis;
3. Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
4. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
5. Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
6. Bolsas de sangue;
7. Bomba centrífuga de sangue;
8. Bomba de infusão implantável;
9. Campos cirúrgicos descartáveis;
10. Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
11. Cateter de Balão Intra-aórtico;
12. Cateter epidural;
13. Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
14. Cateter para oxigênio;
15. Cateter para medida de débito por termodiluição;
16. Cateter duplo J, para ureter;
17. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
18. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
19. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
20. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
21. Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
22. Compressas cirúrgicas descartáveis;



23. Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
24. Dique de borracha para uso odontológico;
25. Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
26. Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
27. Drenos em geral;
28. Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
29. Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
30. Esponjas Oftalmológicas;
31. Expansores de pele com válvula;
32. Extensões para eletrodos implantáveis;
33. Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
34. Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
35. Filtros de linha para sangue arterial;
36. Filtros para cardioplegia;
37. Filtros endovasculares;
38. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
39. Geradores de pulso implantáveis;
40. Hemoconcentradores;
41. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
42. Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
43. Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
44. Lancetas de hemoglicoteste;
45. Lentes de contato descartáveis;
46. Luvas cirúrgicas;
47. Luvas de procedimento;
48. Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
49. Oxigenador de bolhas;
50. Oxigenador de membrana;
51. Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;

52. Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular;
53. Punch cardíaco plástico;
54. Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiectomia;
55. Sensor débito cardíaco;
56. Sensores de Pressão Intra-Craniana;
57. Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico;
58. Sondas de aspiração;
59. Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo Fouché;
60. Sondas retais;
61. Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
62. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
63. Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo Manifold;
64. Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
65. Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
66. Tubo de coleta de sangue.

### **Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:**

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não os armazenar embaixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);

- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O<sub>2</sub>);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; se contaminados deverão ser desprezados;
- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
  - \* *Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);*
  - \* *Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);*
- Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado; armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME;
- Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso):

\* **Horário de Funcionamento do Expurgo:**

10h – 11:30h; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05:30h – 06:40h.

\* **Coleta de Material:**

Unidades de Internação (comadres, compadres e bacias): 10h e 17h;

Centro Cirúrgico: 10h, 13h, 16h e 17h.

#### **4.8.4 Fluxo Unidirecional para Roupas**

A Unidade de Processamento de Roupa ou Lavanderia Hospitalar é considerada um setor de apoio logístico que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação a todas as unidades do hospital, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

As roupas utilizadas no hospital incluem lençóis, cobertores, toalhas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propés, capotes, gorros, dentre outros.

O Processamento de Roupas dentro da unidade hospitalar é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:

- Controle das infecções;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

#### **Processamento Geral das Roupas:**

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

#### **Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:**

O Acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos plásticos dos hampers são transparentes e de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos.

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas) deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de micro-organismo para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

#### **Coleta e Transporte da Roupa Suja:**

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas);

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco plástico do hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar);

O Carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

### **Processamento da Roupa na Área Suja (Pesagem, Separação e Classificação):**

Na área suja da Lavanderia, a roupa é classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- **Pesagem:** Etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

- **Separação e Classificação:** A separação é realizada para retirar os objetos que possa interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais, etc), bem como proceder à Classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, outros resíduos sólidos, etc.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa é classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade (Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades; Sujidade leve: roupas sem presença de fluídos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos).

### **Processo de Lavagem (Umectação, Pré-lavagem, Alvejamento, Acidulação, Amaciamento):**

O processo de Lavagem consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradável, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo. A roupa é desinfetada durante esta etapa, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril;

A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

### **Processamento da Roupa na Área Limpa (Centrifugação, Secagem, Calandragem, Prensagem, Embalagem, Estoque e Armazenamento):**

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas;

Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia;

O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

**Obs.:** A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, quando necessária deverá ser precedida de banho.

### **Transporte e Distribuição da Roupa Limpa:**

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

### **Particularidades:**

- **Serviço de Quimioterapia:** Não há recomendação específica para o processo de lavagem de roupas contaminadas com antineoplásicos, no entanto, é fundamental a adoção de precauções padrão ao manipular roupa contaminada com esses medicamentos.

*\* As roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia precisam ser acondicionadas e identificadas (Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material) para encaminhamento à Lavanderia;*

*\* O recolhimento das roupas dos pacientes e a manipulação antes de introduzir na lavadora devem ser feitos com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar;*

*\* O uso de máscara de carvão ativado para a manipulação destas roupas é obrigatório.*

- **Roupas provenientes de pacientes em isolamento:** Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

- **Roupas provenientes de serviço de nutrição e dietética e panos para limpeza:** Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

### **Esterilização das Roupas:**

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos micro-organismo, especialmente em suas formas esporuladas, conseqüentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas à esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos.

Roupas que serão submetidas à esterilização não poderão ser submetidas à calandragem ou passadoria a ferro.

### **Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval do Hospital:**

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente, já que não possuímos carros com tampa;
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de Enfermarias comum);
- A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar: acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupa do paciente no lençol do leito fazendo uma “trouxinha”);
- Evitar que objetos perfurocortantes, instrumentais ou outros artigos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos hampers (aumenta risco de acidentes para os funcionários da lavanderia);
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos plásticos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;  
*\* A rotina de identificação dos hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.*
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);



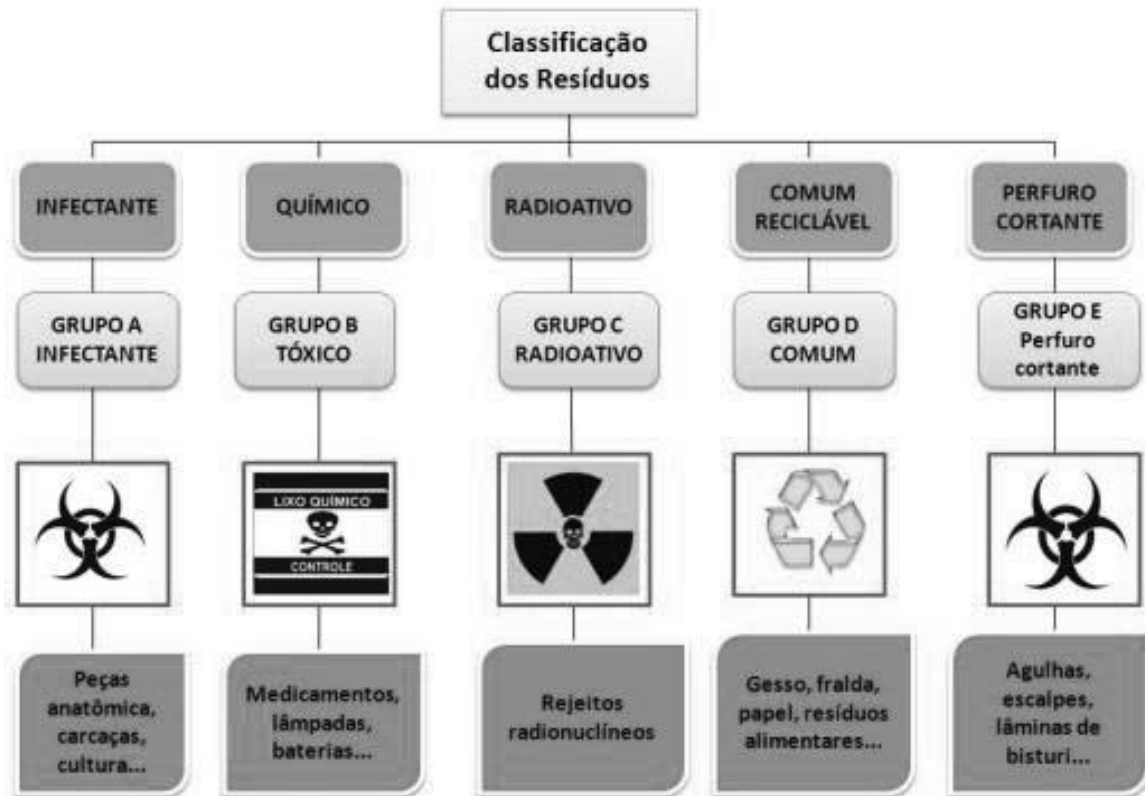
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados. Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com micro-organismo presente nas mãos ou roupas dos profissionais;
- Não usar lençol e/ou campos como forro de mesas e/ou bancadas, devido ao número reduzido de enxoval e a necessidade de desinfecção frequente destes locais;
- O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada na unidade do hospital. É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;
- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequada em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;
- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

**Obs.:** A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa. As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão das precauções padrão.

#### 4.8.5 Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde

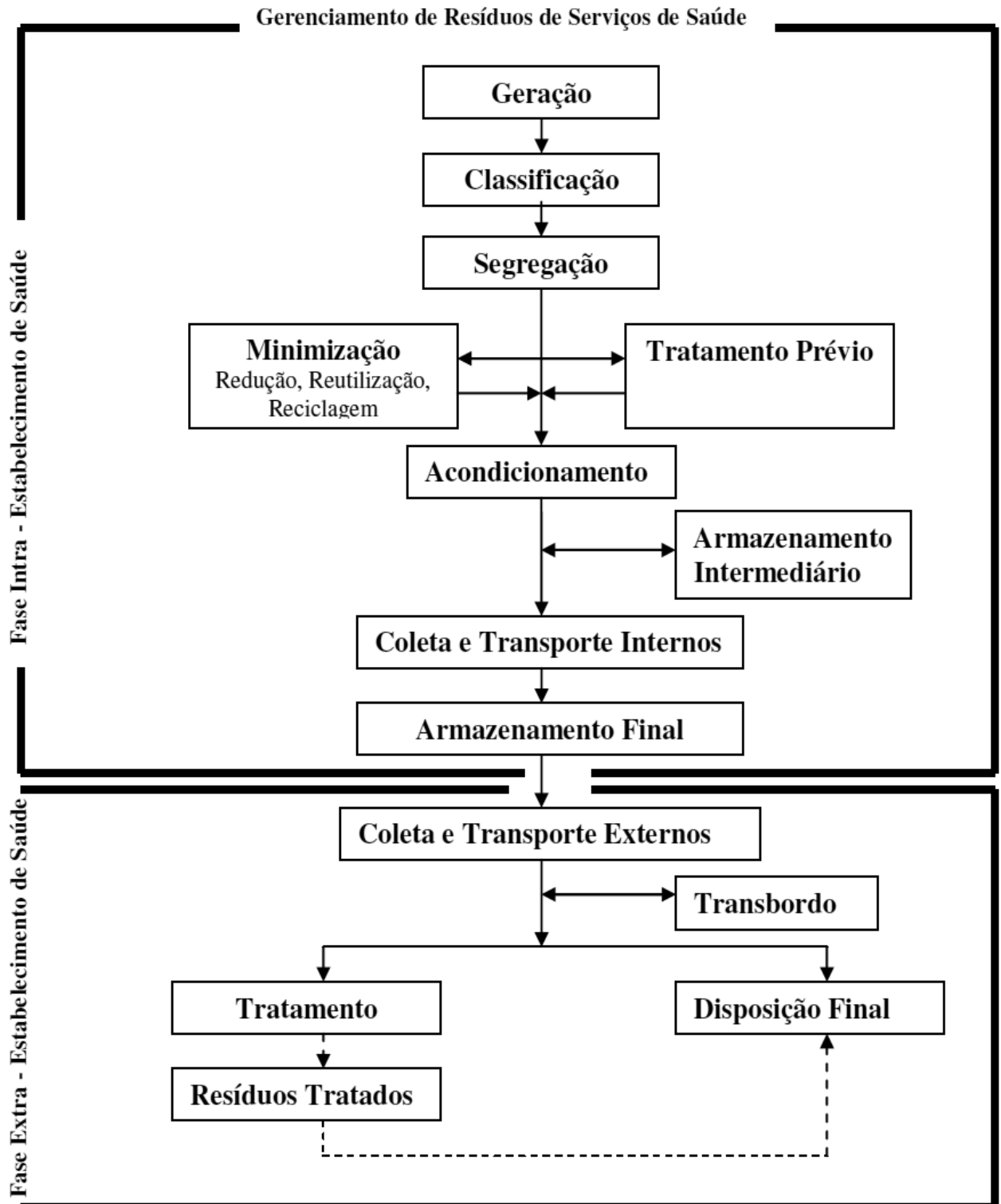
Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos do **CHRDJC** será realizada a identificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade:

**Figura 09:**



**Observação:** Item que faz referência a carcaças, no ambiente em questão, será considerado como luvas.

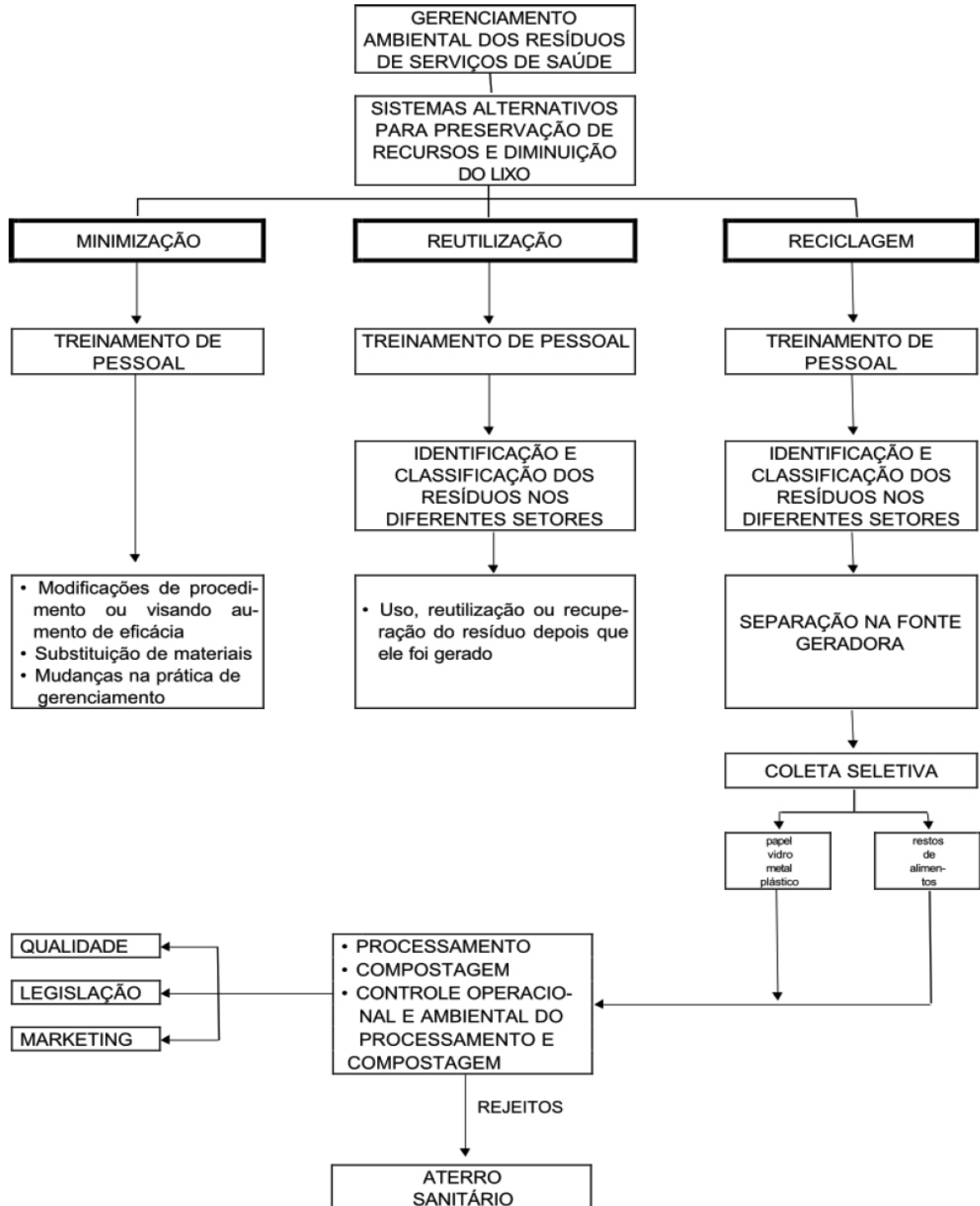
Fluxograma 15:



## Fluxograma 16:

Diagrama/Fluxo

Gerenciamento Ambiental Proposto para os resíduos de serviços de saúde no CHRDJC:



## **Fluxo de Resíduos**

### **Coleta e Transporte Internos**

- Os resíduos são coletados nas unidades geradoras pelos funcionários do serviço de higienização e limpeza, encaminhados ao abrigo temporário de resíduos utilizando carro para transporte interno, com as seguintes especificações: fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos, possuem rodas e os recipientes com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno de fundo;
- O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas;
- Os carros de transporte deixam as unidades geradoras, passando pelos corredores até chegar ao abrigo externo.

### **Coleta e Transporte Externos**

- A coleta e o transporte externos de RSS são realizados com definição de itinerários, frequência e horário de coleta, jornada de trabalho, equipe de coleta, tipo de veículo e contenedores necessários conforme rotina de cada empresa;
- A balança para pesar os RSS está disposta no depósito de resíduo (armazenamento externo), sendo utilizada para pesagem dos RSS;
- A coleta é realizada diariamente por tipo de resíduo, em horários diferentes;
- Os veículos e contenedores utilizados pelas empresas devem estar conforme especificações dos órgãos reguladores e da ABNT NBR 12810, observando as instruções e especificações para o veículo:
  - Ter compartimento de carga resistente, estanque, com superfícies internas de material liso, lavável, de cantos arredondados para facilitar a descarga e a higienização;
  - Ser dotado de descarga mecânica quando o veículo tiver capacidade de uma tonelada e manual quando o veículo tiver capacidade inferior;
  - Ser provido de ventilação adequada quando o sistema de carga e descarga for manual;
  - Ter altura de carga inferior a 1,20 metros sempre que a forma de carregamento for manual;
  - Ser dotado de dispositivo hidráulico para basculamento de contenedores quando os mesmos forem exigidos;

- Operar de forma a não permitir vazamentos de líquidos ou rompimento dos recipientes quando possuir sistema de carga e descarga automática;
- Ser de cor branca;
- Possuir balança para conferir o peso por gerador;
- Possuir luzes de alerta no alto do veículo;
- Ter identificação em local visível com o tipo de veículo e de coleta especial conforme NBR 10004 com nome, número e telefone;
- Estar o veículo cadastrado na Secretaria de Meio Ambiente e na Vigilância Sanitária;
- Adotar coleta exclusiva por grupo de RSS coletando-o diretamente no abrigo externo de armazenamento final;
- Manter para os veículos e contenedores serviço de higienização por lavação com jato d'água preferencialmente quente sob pressão e de desinfecção simultânea diária, ao final de cada jornada de trabalho, direcionando o efluente líquido para a rede coletora e tratamento público de esgotos observados os padrões de lançamento estabelecidos;
- Manter serviço de lavação e desinfecção de uniformes e de equipamentos de proteção individual EPI;
- Capacitar a equipe de coleta inclusive quanto à segurança, à higiene e aos riscos ocupacionais;
- Submeter a equipe de coleta a exame médico Pré-admissional, exame médico periódico pelo menos duas vezes ao ano e vacinação adequada incluindo-se as vacinas contra tétano e difteria, hepatite B e tuberculose.

### **Transbordo dos Resíduos**

- Realizar o transbordo somente em instalações apropriadas exclusivas, licenciadas pelos órgãos de saúde em conformidade com a legislação vigente;
- Executar a transferência dos RSS mantendo-se a integridade do acondicionamento que deve ser feita em embalagens rígidas resistentes à punção e a vazamentos, impermeável à unidade e resistente o suficiente para evitar rompimento durante o transbordo e transporte;
- Não permitir acumulação de RSS nas instalações que devem funcionar apenas para a transferência imediata de um sistema de transporte para outro.

## **Tratamento dos Resíduos**

- Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final;
- Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Permitir a disposição de resíduo infectante na vala séptica somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;
- Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação;
- Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final;
- Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

## **Disposição Final**

- Os RSS infectantes serão dispostos em vala séptica e quando necessário serão encaminhados para tratamento prévio em autoclave ou incinerador;
- Os resíduos químicos após tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação segundo exigências da Vigilância Sanitária serão dispostos em vala séptica;
- Os resíduos comuns serão dispostos na vala séptica, segundo processo sanitariamente correto previsto para resíduos domiciliares ou similares, desde que garantidas as condições previstas na legislação em vigor;
- Manter programa de controle, acompanhamento e monitoramento do sistema de geração, controle, tratamento e disposição final de RSS.

## Tipos de Lixo:

**Grupo A:** Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
<b>Grupo A: Resíduos Potencialmente Infectantes</b>		
<b>A1</b>	Culturas e estoques de micro-organismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética; Resíduos resultantes de atividades de vacinação com micro-organismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas; Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 (Apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido; Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre, equipo de soro, frascos de soro.	Laboratório; Centro de Materiais Esterilizados - CME; Sala de Vacinas e Banco de Sangue; Enfermarias; Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica.
<b>A2</b>	Não gerados na instituição	
<b>A3</b>	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.	Centro Cirúrgico; Seção de Urgência e Emergência; Ambulatórios e Clínicas
<b>A4</b>	Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou micro-organismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro-organismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.	Box de Hemodiálise, Laboratório, UTI's, Centro Cirúrgico, CME e Banco de Sangue
<b>A5</b>	Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.	Não identificado



**Grupo B:** Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente.

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
<b>Grupo B: Resíduos Químicos</b>		
B1	Não gerados na instituição	
B2	Medicamentos vencidos, amostras grátis de medicamentos e produtos vencidos, kit's de ensaio, frascos e sobras de reagentes em geral.	Farmácia e Consultórios Médicos.
B3	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.	Laboratório, Banco de Sangue, Unidades de internação, UTI, Centro Cirúrgico
B4	Glutaraldeído, hipoclorito, álcool, sabão enzimático (Endozime), sabão neutro, água oxigenada, vaselina, azul de metileno, formalina, Desincrustante (Proxitano).	Serviço de Higienização e Limpeza, CME, CC.
B5	Reveladores, Fixadores, Filmes.	Setor de Radiologia

**Grupo C:** Não há geração de resíduos radioativos no Hospital.

**Grupo D:** Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Suas características são similares às dos resíduos domiciliares.

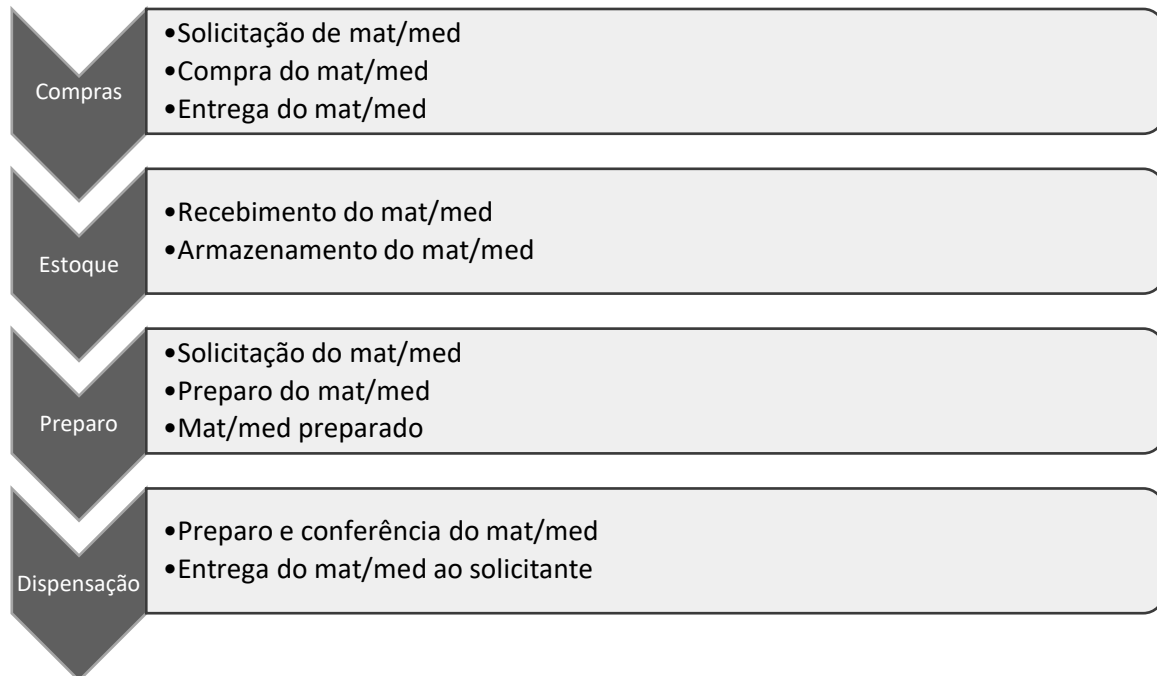
GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
<b>Grupo D: Resíduos Comuns</b>		
D1	Papel toalha, guardanapos, talheres e pratos plásticos, frascos de nutrição enteral; Lixo de banheiro de pacientes e funcionários, lixos de enfermarias; Sobra de alimentos de pacientes e funcionários; Gesso, luvas, algodão, gases, compressas, sondas, bolsas coletoras, frascos de urina e fezes, material de curativos e similares; Resíduos de áreas administrativas; Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;	Setor de Nutrição, Enfermarias, Ambulatórios, Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica, Banco de Sangue, Laboratórios, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTI's, Centro de Diagnose, Centro Médico, Pronto Atendimento, Áreas Administrativas em geral.
D2	Galões de Solução; Álcool, PVPI; Caixas de papelão; Copos descartáveis, garrafas de água e refrigerantes; Papéis de áreas administrativas.	Setor de Nutrição, Enfermarias, Ambulatórios, Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica, Banco de Sangue, Laboratórios, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTI's, Centro de Diagnose, Centro Médico, Pronto Atendimento, Áreas Administrativas em geral.

**Grupo E:** Materiais perfurocortantes ou escarificantes: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar.

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
<b>Grupo E: Resíduos Perfurocortantes</b>		
E	Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, bisturis, brocas, limas endodônticas, lâminas e lamínulas, espátulas, pipetas, tubos de coleta sanguínea, placas de petri, lancetas, vidraria quebrada em geral.	Banco de Sangue, Postos de Internação, Laboratório, CC, UTI's, Hemodiálise, Farmácia, Salas de Procedimentos, Pronto Atendimento.

#### 4.8.6 Fluxo Operacional para Materiais e Medicamentos

##### Fluxograma 17:



**Para garantir maior segurança ao processo de dispensação, o ambiente destinado à dispensação deve:**

- Ser reservado e tranquilo;
- Contar com fluxo restrito de pessoas;
- Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

**A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:**

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento;
- Identificação segura dos medicamentos.

## **Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento**

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

### **Restrição de acesso**

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos e aqueles com grafias e embalagens semelhantes.

### **Procedimento Operacional**

O Serviço de Farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado para a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática.

O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da Farmácia.

### **Boas Práticas de Armazenamento**

A farmácia deve seguir as boas práticas de armazenamento de medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação, como o ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos.

## **Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF)**

Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade. Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros, principalmente, os medicamentos potencialmente perigosos.

O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termolábeis.

Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

## **Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição**

Realizar a análise farmacêutica das prescrições, priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore:

- Triagem para duplicidade terapêutica;
- Alergias;
- Interações medicamentosas;
- Intervalos de dose adequados;
- Alerta para doses superiores às máximas;
- Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

**Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:**

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos;

- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;

Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor;

- Analisar os medicamentos prescritos considerando dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;

- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;

- Manter a organização do ambiente de dispensação;

- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição;

- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;

- Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;

- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;

- O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;

- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas;

- Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal;

- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação;

- A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia estabelecimento de saúde.

## **Atores responsáveis**

**Médicos:** prescrever os medicamentos disponíveis no **CHRDJC** na posologia correta, de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente, considerando as possíveis interações medicamentosas.

**Farmacêuticos:** proceder à triagem das prescrições médicas com base nas apresentações farmacêuticas disponíveis no Serviço de Farmácia, avaliando a posologia prescrita, bem como as possíveis interações existentes entre os medicamentos presentes nas prescrições de cada paciente. Atentar, principalmente para os medicamentos potencialmente perigosos.

**Técnicos em Farmácia:** proceder à separação dos medicamentos de acordo com a triagem realizada por farmacêuticos conforme o que foi prescrito para cada paciente, realizando o processo de dupla checagem.

**Enfermeiros:** proceder o aprazamento dos medicamentos na via da prescrição que permanece no prontuário do paciente, para tanto o enfermeiro deverá buscar informações quanto à estabilidade e a compatibilidade físico-química dos medicamentos, junto aos farmacêuticos do Serviço de Farmácia.

**Técnicos em Enfermagem:** proceder à conferência dos medicamentos prescritos por paciente, assim que os medicamentos são disponíveis para às unidades de internação. Verificar atentamente os medicamentos prescritos e as suas respectivas doses antes de segregar os medicamentos para a administração ao paciente. Sempre que possível, deverá ser realizada a dupla checagem dos medicamentos prescritos, principalmente daqueles considerados potencialmente perigosos.

**Paciente:** quando possível, o paciente deve ficar atento aos medicamentos que lhe são administrados, questionando a equipe de enfermagem sobre a denominação do medicamento e a dosagem do mesmo. Também deverá manifestar a existência de qualquer sinal ou sintoma indesejável relacionado ao uso de algum medicamento.

#### **4.9 Serviço de Oncologia no Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro**

A **Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON** presta assistência em Oncologia, com referência plena em média e alta complexidade no diagnóstico diferencial, cirurgia e quimioterapia dos cânceres mais incidentes do Alto Sertão Paraibano (3ª macrorregião de saúde): Próstata, Mama, Colo de Útero, Estômago, Cólon, Reto alto, Endométrio, Ovário, Rins, Testículos e Pele. Para tanto é necessário otimizar a sua capacidade instalada e trabalhar no sentido de se obter elevado grau de resolutividade nesse, evitando os encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços de perfil assistencial semelhante.

No que se refere ao processo de inserção do Complexo Hospitalar no Sistema de Regulação, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI - CHRDJC** se compromete a aderir aos protocolos clínicos para a referência do atendimento a urgências e emergências e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia, assim como aqueles destinados à regulação de cirurgias eletivas, conforme estabelecido pela SES-PB.

O Serviço de Oncologia do Complexo conta com uma das quatro salas do Bloco Cirúrgico para a realização de procedimentos eletivos de oncologia. Em prédio construído com dois andares, anexo ao hospital, são efetuados os atendimentos ambulatoriais, consultas especializadas, tratamento quimioterápico, internações em oncologia e cuidados paliativos. No térreo do referido prédio, a estrutura física possui: 01 recepção, 02 consultórios médicos, 01 sala de estabilização com 02 leitos, 01 sala para aplicação de quimioterapia com 10 cadeiras, 01 sala para preparo quimioterápico, 01 farmácia, 01 posto de enfermagem, 01 sala de coleta, 01 copa, 01 hall de pacientes e 01 refeitório. Já no segundo andar a estrutura contempla: 25 leitos de internação e estrutura administrativa.

A unidade deverá dispor de exames de radiologia convencional, mamografia, ultrassonografia com doppler colorido e endoscopia, tomografia computadorizada. Os demais equipamentos exigidos na Portaria no 140, de 27 de fevereiro de 2014, como ressonância magnética, medicina nuclear equipada com gama-câmara operante de acordo com as normas vigentes, poderão ser ofertados através de mecanismos de contratualização formal. Os exames clínicos laboratoriais deverão incluir bioquímica, hematologia geral, anatomo-patologia, citologia de líquidos e líquido, parasitologia, bacteriologia e antibiograma, gasometria arterial, imunologia geral, dosagem de hormônios, marcadores tumorais, inclusive a fração beta da gonadotrofina coriônica (b-HCG), antígeno prostático específico (PSA) e alfa-feto-proteína (aFP), para atender aos pré-requisitos descritos no Art. 15 Letra “b” da referida portaria.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver um **manual** objetivando organizar e otimizar o Serviço de Oncologia do **Hospital do Bem**.

#### **4.9.1 Manual de Normas e Rotinas para o Serviço de Oncologia/CHRDJC**

##### **Definições/Conceitos**

##### **Oncologia**

É a ciência que estuda os tumores, podendo ser benignos ou malignos. Podem estar localizados ou invadir os tecidos adjacentes, podendo disseminar-se para todo o corpo.

##### **Neoplasia**

Termo que designa alterações celulares que acarretam um crescimento exagerado das células.

##### **Quimioterapia Antineoplásica**

É o método que utiliza medicamentos antineoplásicos, através de protocolo de um ou mais medicamentos, dependendo do tipo e do estágio do tumor.

##### **Terapia Antineoplásica (TA)**

Conjunto de procedimentos terapêuticos medicamentosos aplicados ao paciente.



## **Tratamento**

Existem três formas de tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. São usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica.

- Quimioterapia: utilizam-se medicamentos para combater o câncer que são aplicados, em sua maioria, na veia. A administração pode ser por via oral, intramuscular, subcutânea e intratecal.

- Radioterapia: utiliza-se radiação ionizante para tratamento de neoplasias malignas e outras condições benignas.

## **Estadiamento**

Procedimento que permite avaliar o grau de comprometimento que a doença atingiu, estabelecendo a melhor estratégia de tratamento.

### **Classificação:**

Estágio local ou inicial: doença se encontra localizada. Geralmente restrita ao órgão de origem, sem metástase. Em grande parte curável com medidas locais, como cirurgia ou irradiação. Estágio regional: o câncer estende-se para fora do órgão de origem, mas mantém proximidade com linfonodos (gânglios), muitas vezes curável com medicamentos.

Estágio regional extenso: estende-se para fora do órgão de origem, atravessando vários tecidos, na maioria das vezes é impossível de ser removido cirurgicamente devido ao comprometimento de estruturas anatômicas nobres como artérias, nervos e órgãos.

Estágio avançado: Disseminado pelo corpo através de metástase.

## **Normas relativas a pacientes**

- Utilizar avental e luvas no manuseio de secreções e excretas dos pacientes que recebem ou receberam quimioterapia nas últimas 48 horas;
- Desprezar secreções e excretas com cuidado para evitar contaminação através de respingos;
- Abaixar a tampa do vaso sanitário antes de dar descarga. Dar descarga duas a três vezes;
- Manusear a roupa de cama e vestimentas contaminadas com luva, embalar em saco plástico fechado como roupa contaminada, antes de encaminhar a lavanderia.

### **Normas relativas à saúde ocupacional dos funcionários**

- Manter o registro atualizado do pessoal que manipula citostáticos com dados completos para segmento clínico e pesquisas;
- Manter programa de treinamento e reciclagem dirigido aos profissionais que manipulam quimioterápicos, enfatizando os aspectos relacionados com os riscos ocupacionais e normas para reduzir a contaminação;
- A manipulação dos quimioterápicos deverá ser realizada somente pelo farmacêutico capacitado;
- Mulheres grávidas e nutrízes devem ser afastadas das atividades que envolvam manuseio de antineoplásicos;
- Realizar avaliação médica periódica, incluindo exames laboratoriais e radiográficos específicos tais como: hematológicos e prova da função renal, pulmonar e hepática.

### **Normas relativas à administração de drogas antineoplásicas**

- O profissional deve estar paramentado com: gorro, óculos, máscara, avental completo do tipo cirúrgico e luvas estéreis;
- Realizar conferência da medicação recebida pela farmácia contendo o nome do paciente, nome da droga, volume total e líquido utilizado na diluição;
- Verificar a integridade dos frascos e/ou das seringas que contenham as medicações;
- Antes da administração deve conferir a via de administração, tempo de infusão e quantidade de medicação a ser administrada;
- Escolher o melhor local para punção, com veia de bom calibre, checar o retorno venoso, tomando todos os cuidados para evitar perigo representado pelo extravasamento de sangue;
- Administrar as drogas com as mãos enluvasadas. Lavar as mãos antes e depois de calçar as luvas;
- Não abrir o suspiro do equipo para antecipar a infusão, pois facilita a dispersão de partículas no ar;
- Ao utilizar o injetor lateral do equipo de soro para realizar aplicação de quimioterápico deve protegê-lo com lâminas de gazes ou algodão embebido em álcool a 70%, manter a proteção até a retirada da agulha;
- Descartar os frascos e seringas com restos finais de quimioterápicos em recipientes próprios;
- Registrar quaisquer intercorrências relacionadas às reações adversas provocadas pela quimioterapia.

### **Normas relativas aos descartáveis e frascos vazios de drogas antineoplásicas**

- Após a aplicação das drogas não reencapar ou desconectar a agulha da seringa;
- Desprezar a seringa conectada a agulha em recipiente impermeável e rígido (resistente à punção), identificando como lixo tóxico;
- Desprezar frascos vazios de soro com quimioterápico, equipo, gazes, luvas, algodão contaminados e ampolas em recipiente fechado, identificado como lixo tóxico.

### **Risco ocupacional/uso de EPI's**

- Os profissionais de saúde que manipulam e administram quimioterapia lidam com o risco ocupacional do contágio, no desenvolvimento de suas atribuições e precisam atuar em conformidade com as recomendações, para proteção de sua saúde e responsabilidade com o ambiente em que trabalham;
- Para evitar exposição a ação das drogas é obrigatória a utilização de material de proteção individual (EPI) como: jaleco com mangas compridas, óculos de proteção individual, luvas de procedimento e máscara de carvão ativado, que devem ser utilizados pelos enfermeiros para administração do quimioterápico. Caso haja contato com os olhos, pele e mucosas recomenda-se lavar o local imediatamente com água abundante e sabão, procurar assistência médica no setor de saúde do trabalhador;
- Todos os materiais contaminados com a quimioterapia como equipos, frascos e seringas devem ser descartados em recipiente próprio para descarte químico e as agulhas no coletor de perfuro cortantes;
- Em casos de derramamento deve-se isolar imediatamente a área e colocar papel toalha sobre o líquido derramado para minimizar a dispersão de aerossóis e solicitar a presença de um funcionário, devidamente paramentado, que proceda a limpeza conforme as normas da instituição, utilizando o kit de derramamento disponível em cada área que envolva assistência quimioterápica.

### **Cuidados Paliativos**

De acordo com a OMS, cuidados paliativos são cuidados ativos e totais promovidos por uma equipe de saúde multidisciplinar que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares por meio de prevenção e alívio do sofrimento e da dor, bem como problemas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Os cuidados paliativos regem-se pelos seguintes princípios:

- Alívio da dor e de outros sintomas;
- Lidar com questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de ordem prática, com seus medos, expectativas, necessidades e esperanças;
- Defesa do direito natural à dignidade no viver e no morrer;
- Consolo para quem sofre, ainda que de forma silenciosa;
- Preparar-se para autodeterminação no manejo do processo de morrer e do final da vida;
- Lidar com perdas durante a doença e período de luto;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
- Iniciar o mais precocemente o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia e controlar as situações clínicas estressantes.

### **Condutas paliativas:**

#### **- Conduta Preventiva:**

- Orientação às famílias sobre cuidados, nutrição, manejo de sintomas, higiene, observação de possíveis complicações e intercorrências;
- Educação para a morte;
- Abordagem de riscos sociais, familiares, econômicos, espirituais;
- Orientação sobre diretivas antecipadas e objetivos de cuidado.

#### **- Tratamento não Farmacológico:**

Específico às necessidades de cada paciente podendo ser: fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, oxigenoterapia, terapia transfusional, paracentese, nutrição enteral, mudança nos hábitos alimentares, atividades físicas, acupuntura, praticas integrativas na saúde, medidas preventivas para evitar agravamentos, radioterapia e tratamentos cirúrgicos, como colostomia, gastrostomia, traqueostomia, cistostomia ou nefrostomia.

### - Tratamento Farmacológico:

O tratamento farmacológico dependerá do diagnóstico específico e da sintomatologia, tendo como opções terapêuticas mais comumente utilizadas em cuidados paliativos:

- Analgésicos comuns e anti-inflamatórios;
- Opioides;
- Corticosteroides;
- Anti-eméticos;
- Anti-histamínicos;
- Antipsicóticos;
- Antidepressivos;
- Anticonvulsivantes;
- Anticolinérgicos;
- Ansiolíticos;
- Hipnóticos;
- Diuréticos;
- Laxativos e antidiarreicos;
- Protetores de mucosa gástrica;
- Bifosfonados;
- Antimicrobianos;
- Quimioterápicos, hormonioterápicos e radiofármacos;
- Fitoterapia;
- Homeopatia.

## **ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL DO BEM - UNIDADE DE ONCOLOGIA DO SERTÃO**

### **Fluxo de funcionamento**

#### **Admissão**

O **Hospital do Bem - Unidade de Oncologia do Sertão** atenderá ambulatoriamente de segunda a sexta – feira no horário das 8:00 horas às 18:00 horas:

- a) encaminhados pelo Sistema de Regulação Estadual e previamente diagnosticados com câncer de **Próstata, Mama, Colo de Útero ou Pele,**

Os pacientes serão acolhidos no Hospital do Bem - Unidade de Oncologia do Sertão pelos profissionais da recepção e deverão possuir os seguintes requisitos para sua admissão:

- ✓ Documento de identificação;
  - ✓ Cartão Nacional do SUS;
  - ✓ Guia de encaminhamento médico;
  - ✓ Exames complementares para estadiamento (resultados de ressonância, tomografia, USG e outros já realizados pelo paciente)
  - ✓ Resultado de biópsia.
- b) Pacientes com hipótese diagnóstica de algum dos tipos de câncer acima descritos (**Próstata, Mama, Colo de Útero ou Pele**) a confirmar e que necessitem dos seguintes exames:

Punção aspirativa de mama por agulha fina
Punção de mama por agulha grossa
Excerese da Zona de transformação do colo uterino
Biópsia de Colo Uterino
Biópsia Prostática
Biópsia / excerese de nódulo de mama
Colposcopia
Colonoscopia/retossigmoidoscopia
Ressonância Magnética
Cintilografia Óssea
Ultrassonografia
Diagnóstico em laboratório Clínico
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica
Imunohistoquímica

Esses exames deverão ser solicitados pelos Especialistas dos Ambulatórios de Especialidades dos Municípios.

No **Hospital do Bem - Unidade de Oncologia do Sertão** o paciente receberá cartão de identificação contendo o nome e o número do prontuário único, onde constam todos os atendimentos, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas por todos os profissionais de saúde envolvidos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

### **FLUXO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Todos os pacientes vinculados ao **Hospital do Bem - Unidade de Oncologia do Sertão** que por ventura apresentarem intercorrências clínicas e necessitarem do serviço de pronto atendimento serão atendidos no próprio Complexo. No período das 8:00 às 18:00 horas, estes pacientes que tiverem intercorrências deverão ser direcionados ao Ambulatório do **Hospital do Bem - Unidade de Oncologia do Sertão**, após este horário e aos sábados, domingos e feriados os atendimentos serão realizados no Serviço de Urgência e Emergência do Complexo.

Os colaboradores do Complexo serão capacitados pela equipe do Serviço de Oncologia, no tange ao atendimento ao paciente oncológico.

## **5. EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

### **Política de Educação Permanente no SUS**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** em sua proposta de trabalho apresenta a proposta de criação da Comissão de Educação Permanente, como estratégia de vencer desafios estruturantes do SUS em todos os serviços ofertados na unidade de saúde, enfatizando a atenção a saúde de Urgência e Emergência.

O Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Mas os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema público universal com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho; e da participação social.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Outro desafio está no processo de trabalho extenuante que, associado a problemas de qualificação e capacitação e a outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e classificação de risco), implicam em baixa resolubilidade da assistência e na desumanização das relações entre trabalhadores da saúde e o binômio paciente-família. Com isso, há a manutenção de alta demanda na unidade de saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência, interferindo na qualidade da assistência, e, por conseguinte, na resolutividade da assistência à saúde.

As ações de educação permanente visam garantir o acolhimento, atenção à saúde de qualidade e resolutiva para as pequenas e médias urgências, bem como atendimento ambulatorial cabível, estabilização e referência e contrarreferência adequada de pacientes que requerem assistência em outro nível de atenção do SUS, obedecendo ao sistema de regulação e pactuação do município.



Para isso a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá realizar fóruns de debates e discussão visando implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde, com os recursos humanos do hospital, instituições formadoras, Gestão Estadual e Municipal de Saúde.

Nesta perspectiva, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** decidiu-se pela adoção de uma **Política de Educação Permanente** no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador e estratégia mobilizadora de recursos e de poderes para o fortalecimento do sistema. Para isso, é necessário considerar a importância da atuação conjunta da tríade ensino-serviço-realidade, a fim de criar espaços de diálogo, que culminem em gestão participativa, e fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

## **5.1 A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS**

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- ◆ a democratização institucional;
- ◆ o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- ◆ o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- ◆ o trabalho em equipes matriciais;
- ◆ a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- ◆ a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente.

Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como *cadeia do cuidado progressivo à saúde*, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

O processo de educação permanente, implementado no SUS, deve priorizar:

- ◆ as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
- ◆ as equipes de urgência e emergência;
- ◆ as equipes de atenção e internação domiciliar;
- ◆ as equipes de reabilitação psicossocial;
- ◆ o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;
- ◆ os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde;
- ◆ o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;
- ◆ ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

As capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se, assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho – as chamadas capacitações tradicionais –, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde, partindo da necessidade e realidade do Hospital. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território localregional, para que se possa debater, a partir dos pontos frágeis e fortes apresentados, e, implementar plano de ação mais efetivo, sem pormenorizar as variáveis interrelacionadas e interdependes própria do plano de ação (identificação dos problemas que requer intervenção e/ou manutenção potencialidades apresentadas, conteúdo, meta, atores, procedimentos, recursos e avaliação) garantindo maior impacto de atuação. Neste contexto, visa ainda, implementar, protocolos de segurança do paciente, sendo eles: prevenção de quedas, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, higiene das mãos e úlcera por pressão.

As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades localregionais. O conjunto de atores envolvidos se constitui como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória.

A estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliança com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde.

Como estratégia prioritária trabalhar com o **Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos**.

### 5.1.1 Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos



**Instituição:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**Diretoria**

**Diretora Geral:**

**Diretor Técnico:**

**Diretora Administrativa:**

**Elaboração:**

Patos-PB/ 2019

## PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

### I. INTRODUÇÃO

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos tem por objetivo estabelecer um projeto de trabalho educacional com ênfase no cotidiano do trabalho construindo, assim, um espaço coletivo para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no processo laboral, a fim de definir diretrizes capazes de alcançar a qualidade da atenção à saúde de forma sistêmica, bem como da satisfação profissional.

Santana (1986) define desenvolvimento de recursos humanos como:

[...] capacitação ou preparação técnica e científica, aqueles referentes à dinâmica da força de trabalho, à sua inserção institucional e administração. (pág.1)

Malik (1992) considera:

Desenvolvimento de Recursos Humanos como algo diferente de treinamento, no sentido de que busca desenvolver os indivíduos não apenas para seu melhor desempenho nas tarefas que lhe são atribuídas pela organização, mas também para suas condições de crescimento pessoal. (pág. 34)

Neste sentido, será trabalhado, neste setor, a questão da educação permanente, inovando as técnicas e as ações de educação em saúde até então utilizadas. Deverá ser um processo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e, principalmente, Inter setorial, com o objetivo de incentivar a capacidade de aprendizagem, o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde, colocando em pauta os modos de pensar e sentir dos servidores e dos gestores. Com isso, pode-se criar a habilidade de sair de si mesmo para entender o outro e assim reformular a teoria do sujeito, respeitando a sua particularidade. E no que se refere à instituição, será possível entender o espaço coletivo de decisões, objetivando assim um trabalho efetivo.

Com a finalidade de corroborar com o exposto acima, o Ministério da Saúde (2004) conceitua Educação Permanente como:

a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos. (pág.2)

A Educação Permanente parte do pressuposto da necessidade de envolver a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então pensar e formular estratégias que proporcionem soluções a estes problemas. Com essa visão, o Ministério da Saúde considera que a educação permanente em saúde envolve o processo de aprender e ensinar incorporado ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como finalidade a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo utilizado a problematização como ferramenta de atualização técnico-científica, bem como da formação integral e contínua do ser humano. Deverá ser entendida ainda como uma atualização cotidiana dos eventos dos trabalhos, assim contribuindo para a construção de relações e processos que surgem no interior das equipes e deverá incluir práticas interinstitucionais e ou Inter setoriais (MASSAROLI, 2008).

O objetivo desse tipo de educação em saúde é atuar sobre as práticas profissionais, com a meta de formar para transformar, entendendo o cenário da gestão, do ensino, da atenção em saúde. Desta forma, poderá buscar soluções a partir dos eventos adversos enfrentados no cotidiano do trabalho, sempre considerando as experiências e as vivências de cada colaborador dentro do seu processo de trabalho e dos métodos de ensino.



Entende que esse tipo de visão reduz a desintegração entre a instituição e o colaborador, bem como colaborador com colaborador, pois utiliza nova abordagem gerencial, no qual se dá resposta aos problemas do cotidiano de trabalho, enfatizando assim ideias comuns, valores e formas de trabalho, que buscam coletivamente alternativas que harmonizam e motivam o processo de trabalho.

Esse pensamento é afirmado por Malik (1992), em que se deve considerar:

[...] as condições em que o trabalho é exercido. Trata-se aí de condições técnicas, sem dúvida, mas também das relações entre a organização e seu corpo vivo, o que significa algum grau de preocupação com as condições de vida no trabalho, ou seja, carreira, salário, aceitação do trabalhador, antes de tudo, como ser humano. (pág. 35)

Vale ressaltar que na área de saúde a preterição frente ao desenvolvimento de recursos humanos é tender à negligência na execução de qualquer tipo de serviço prestado (MALIK, 1992).

Com a evolução das teorias de desenvolvimento de recursos humanos, bem como de processos gerenciais, deverá o setor responsável por essa atribuição desenvolver um processo de trabalho visando incorporar os novos métodos de ensino, ou melhor, entender que para se ter aprendizagem tem que ter motivação, satisfação com o trabalho que se é executado, não podendo esquecer que nada vale ensinar se esse conhecimento não vai ser utilizado na prática de trabalho.

Somente assim poderá ser estabelecido normatizações e padronização das práticas assistenciais, bem como comportamentais, que atendem as exigências da gestão, como das legislações vigentes. É importante lembrar que a instituição tem uma cultura e, a partir do seu entendimento e reconhecimento, poderão ser evidenciadas as diferentes maneiras que os componentes da instituição se relacionam com os clientes internos e externos, traçando um plano de trabalho de desenvolvimento de recursos humanos que engloba a educação permanente, os treinamentos, acolhimento e as atividades culturais.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente os gestores, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem estes princípios e adequem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

Com planejamento, organização, direção, treinamento, execução e controle adequados, será possível garantir que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Hospital seja implantado, garantindo assim tomadas de decisões mais corretas e atualizadas.

## II. OBJETIVOS

- Elaborar o plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- Estabelecer um projeto de trabalho educacional com ênfase no cotidiano do trabalho;
- Organizar estratégias de capacitação com foco em novas abordagens metodológicas;
- Motivar o colaborador para uma atividade profissional eficaz e eficiente;
- Conscientizar o colaborador da importância das capacitações e da prática assistencial segura;
- Montar o grupo de acolhimento dos colaboradores recém-contratados, residentes e estagiários;
- Avaliar e adequar o ambiente de treinamento;
- Montar a equipe multidisciplinar de educação permanente;
- Elaborar o cronograma de treinamento;
- Desenvolver o regimento interno de treinamento;
- Padronizar as práticas assistenciais e comportamentais;
- Mobilizar os gestores para a importância do plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- Instituir um método de avaliação de desempenho do colaborador;
- Estabelecer um plano de qualidade das práticas assistenciais;
- Conhecer as normas e rotinas existentes na instituição, com a finalidade de montar o planejamento dos temas a serem abordados nos treinamentos;
- Pactuar com as gerências o cronograma de treinamento, pois os mesmos devem ser no dia do plantão do colaborador;
- Criar pactuações com unidades de ensino superior, promovendo convênios para pós-graduações, mestrados e doutorados;
- Criar momentos culturais, nas datas festivas e nos dias comemorativos das profissões aqui existentes, com objetivo de valorização profissional.

### **III. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

#### **A. Dados Gerais**

#### **B. Informações sobre desenvolvimento de recursos humanos do hospital:**

#### **C. Equipe de trabalho**

1. Coordenação do Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
2. Equipe de Acolhimento;
3. Equipe de Treinamento;
4. Equipe de Avaliação de Desempenho.

### **IV PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

Esse plano será desenvolvido por meio de linhas de trabalho, interligadas e pactuadas com toda a rede institucional. Inicialmente serão trabalhados os pontos chaves e crônicos que forem diagnosticados na instituição, dentro de cada linha de trabalho, subdivididas em 4 categorias: acolhimento, treinamento, avaliação de desempenho e atividades lúdicas, que serão detalhadas a seguir.

#### ***Linhas de trabalho***

##### **1. Acolhimento**

É a metodologia utilizada para facilitar a integração e a adaptação plena dos novos colaboradores, a fim de potencializar uma performance de qualidade que contribua, no menor espaço de tempo possível, para um melhor desempenho organizacional (CARDOSO, 2001).

Deverá, nesta fase, ser pensado em três questões principais: que informação se pretende dar; quem será o responsável por transmitir a informação e quando se deverá informar.

Neste sentido, o objetivo do acolhimento proposto neste plano é dar a conhecimento aspectos como a cultura (filosofia) da instituição, os padrões de comportamento considerados aceitáveis, os colegas de trabalho, as chefias, as normas e rotinas padronizadas, a planta física do hospital, e o plano de desenvolvimento de recursos humanos.

### **Etapas do Acolhimento:**

1. O grupo de acolhimento será informado pelo setor de pessoal com relação aos nomes e categoria profissional dos novos integrantes da equipe HOSPITAL;
2. Será elaborado um plano de formação individual para esse colaborador;
3. O colaborador será informado pelo grupo de acolhimento da data do início do processo de ingresso no hospital;
4. O colaborador passará pela socialização institucional. Inicialmente será reservado um dia para o seu recebimento em espaço apropriado para esse momento;
5. O grupo de acolhimento fará os informes necessários (direitos e deveres; normas e rotinas; integração visual dos setores do hospital, apresentação e visita ao hospital; etc);
6. No segundo momento será entregue o plano de formação individual, o qual contemplará os treinamentos de práticas assistenciais, bem como os de aspecto humanitário;
7. Para finalizar essa etapa será entregue a cartilha do HOSPITAL (Manual de Acolhimento), o regimento interno do hospital e o plano do desenvolvimento de recursos humanos.

### **2. Treinamentos**

Treinamento é o meio de desenvolver a força de trabalho das instituições para um adequado desempenho no cargo, com a possibilidade de nivelamento intelectual através da educação.

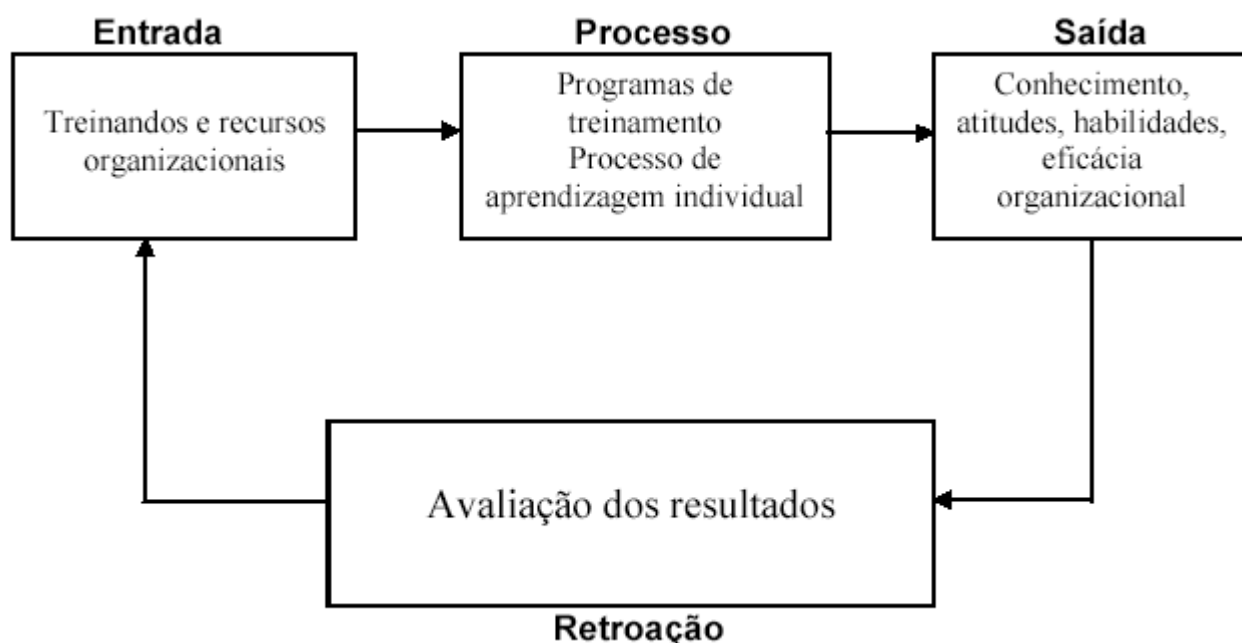
Pode ainda ser o processo de desenvolver qualidade nos recursos humanos com a finalidade de habilitar os colaboradores a serem mais produtivos e a contribuir melhor para o alcance dos propósitos institucionais, influenciando assim nos seus comportamentos.

De acordo com Torres (2004), o conteúdo do *treinamento* pode envolver quatro tipos de mudança de comportamento, a saber:

1. Transmissão de informações: o elemento essencial em muitos programas de treinamento é o conteúdo: repartir informações entre os treinandos como um corpo de conhecimentos. Normalmente as informações são genéricas, de preferência sobre o trabalho, como informações sobre a empresa, seus produtos e serviços, sua organização e políticas, regras e regulamentos etc.
2. Desenvolvimento de habilidades: principalmente as habilidades, destrezas e conhecimentos diretamente relacionados com o desempenho do cargo atual ou de possíveis ocupações futuras. Trata-se de um treinamento orientado diretamente para as tarefas e operações a serem executadas.
3. Desenvolvimento ou modificação de atitudes: geralmente mudança de atitudes negativas para atitudes mais favoráveis ente os trabalhadores, aumento de motivação, desenvolvimento da sensibilidade do pessoal de gerência e de supervisão quanto aos sentimentos e reações das pessoas.
4. Desenvolvimento de conceitos: o treinamento pode ser conduzido no sentido de elevar o nível de abstração e conceptualização de ideias e filosofias, seja para facilitar a aplicação de conceitos na prática administrativa, seja para elevar o nível de generalização desenvolvendo gerentes que possam pensar em termos globais e amplos. (pág.1)

Quando se pensa em treinamento, faz-se necessário entender o mesmo com um processo cíclico, com etapas a serem cumpridas.

Esse processo é composto por quatro etapas distintas: diagnóstico, desenho, implementação e avaliação. A primeira consiste no levantamento das necessidades de treinamento que a instituição avalia ser essenciais. O segundo é a elaboração do plano de treinamento para atender as necessidades diagnosticadas na etapa anterior. A terceira etapa é a aplicação e condução do plano pré-estabelecido. A última é a verificação dos resultados obtidos com o treinamento e a reformulação do mesmo, caso haja eventos adversos no processo executado.



**Figura 10. Treinamento com um processo aberto e cíclico.**

Após entendimento, o plano de desenvolvimento de recursos humanos do **CHRDJC** deverá ocorrer com as seguintes características:

1. Inicialmente, deverá a equipe de treinamento construir uma cultura de conhecimento na instituição, passando para os colaboradores e gestores o valor do conhecimento, com o intuito de desenvolver internamente a necessidade da busca constante do mesmo em todos os envolvidos neste processo;
2. A equipe de treinamento agendará, com as unidades assistenciais, reuniões para diagnosticar as necessidades de cada área no que se refere aos temas a serem trabalhados;
3. Nesta etapa de determinação de tema, as chefias e os colaboradores deverão ter em mente as seguintes questões: O QUE deve ser ensinado?; QUEM deve aprender?; QUANDO deve ser ensinado?; ONDE deve ser ensinado? COMO se deve ensinar? QUEM deve ensinar?;
4. Com tais premissas em mente, será desenvolvido um plano de treinamento para cada setor, porém os questionamentos: quando, onde, como e quem, serão pensados e decididos pela equipe de treinamento em pactuação com as chefias dos setores;

5. A partir de então, será criada uma infraestrutura administrativa do conhecimento, que envolverá a construção de redes, banco de dados, estações de trabalho, escalas, entre outros;
6. A partir da definição da infraestrutura, será encaminhada ao setor a planilha de treinamento com os temas preestabelecidos e as escalas prontas com datas e horários. Vale ressaltar que os treinamentos serão feitos no horário de trabalho do colaborador. Desta forma, cada chefia deverá se organizar para a adequação dos recursos humanos de sua área, com o intuito de minimizar o absenteísmo no processo de aprendizagem estabelecido (Regras no Regimento Interno de Desenvolvimento de Recursos Humanos);
7. O grupo de treinamento estará interligado com o de acolhimento, pois na etapa de ingresso dos novos colaboradores na instituição, os mesmos passarão pelo processo de formação, ou seja, treinamentos para melhor desenvolvimento das habilidades que cada cargo exige;
8. O método de ensino utilizado, primeiramente, neste plano de treinamento será por metodologias ativas de ensino-aprendizagem.



Figura 11. Ciclo de treinamento

9. Essa etapa será desenvolvida de forma cíclica e contínua, uma vez que não tem um ponto de conclusão do processo, devido ao movimento dos acontecimentos na instituição, o que faz com que novas temáticas surjam e, portanto, devam ser trabalhadas. Assim, todos os colaboradores deverão ser capacitados, pois esta etapa será desenvolvida e monitorada no próprio setor.
10. A etapa relatada no item anterior será desenvolvida da seguinte maneira: o gestor de cada unidade deverá desenvolver métodos de ensino-aprendizagem voltados para o cotidiano de trabalho do seu colaborador, ou seja, deverão ser desenvolvidos trabalhos científicos (artigos) bimestralmente pelos colaboradores, referentes aos casos interessantes e inovadores da sua unidade, ou relativos a eventos adversos recorrentes, e, a partir daí, traçar metas e reformulação do plano de cuidado. Após a conclusão deste trabalho, o gestor o encaminhará para o setor de desenvolvimento de recursos humanos para ver a possibilidade de publicação dos mesmos.
11. Anualmente será feita a semana de educação permanente, onde serão expostos os trabalhos desenvolvidos pelos colaboradores, assim como ocorrerão palestras com profissionais reconhecidos nacionalmente nas temáticas trabalhadas, ou mesmo até com os próprios colaboradores (aspecto e formato de um Minicongresso).
12. Finalizando cada temática desenvolvida, deverá o grupo de treinamento fazer a administração dos resultados, o que contempla a avaliação das atividades desenvolvidas, com detalhamento dos acertos, dificuldades e erros ocorridos no processo, a partir de quando se estabelecerá a reformulação das etapas, porventura, insatisfatórias com apresentação das soluções.
13. Cada unidade terá, semanalmente, momentos de treinamento *online*, em que o colaborador dispenderá 10 (dez) minutos de seu horário de trabalho para ler um tema que será proposto pelo setor de desenvolvimento de recursos humanos juntamente com cada gestor.
14. Por fim, desenvolver-se-á pactuação com unidades de ensino superior para incorporação de programas de pós-graduação, mestrado e doutorado para os colaboradores da instituição.



### **3. Avaliação de Desempenho**

A avaliação de desempenho é um método que tem a finalidade de estabelecer um contrato com os colaboradores referente aos resultados desejados pela organização, acompanhar os desafios propostos corrigindo os rumos, quando necessário, e avaliar os resultados conseguidos (CHIAVENATO, 1997). Ou seja, é uma análise sistemática do desempenho de cada colaborador no cargo e seu potencial de evolução futura.

Pode ainda ser entendida como uma série de técnicas com o objetivo de obter informações referentes ao comportamento profissional do colaborador durante o seu processo de trabalho. Deve então ser planejada no que refere a sua aplicabilidade e sua avaliação, tendo em vista que o avaliador é um ser humano, que tem que ser capacitado para o desempenho eficaz de suas atribuições, pois todos os seus atos estão envolvidos no processo de avaliação. Este, por sua vez, deverá ser neutro, metódico, e estritamente profissional, com a finalidade de evitar avaliações pessoais, as quais não devem ser consideradas neste processo.

Com essa visão, deverá o avaliador medir o nível de realização das exigências do trabalho por meio de um processo definido de avaliação. O processo de julgamento pode apresentar distorções conscientes ou inconscientes do avaliar, uma vez que o mesmo pode contaminar um resultado, seja por interesses em jogo ou até mesmo buscando colaborar ou prejudicar o avaliado.

A avaliação de desempenho como processo utilizado para desenvolver os colaboradores de uma instituição, deverá criar e estruturar um planejamento bem detalhado de sua aplicação para que essas distorções e eventuais alterações no resultado não prejudiquem toda a avaliação e os processos que a sucedem (DESSLER, 2003).

Desta forma, por envolver todos os colaboradores dentro da instituição, o sucesso da implantação dependerá da compreensão, confiança e aceitação geral. Para tanto, faz-se necessário um colaborador capacitado para executar tal atribuição.

### **Metodologia de avaliação:**

1. Deverá ser elaborada uma ficha avaliativa, baseada nos métodos “por metas” e “escala gráfica”. A integração dos dois métodos dará o parâmetro tanto quantitativo como qualitativo da avaliação (Atenção: a ficha avaliativa será criada pela equipe de desenvolvimento de recursos humanos – acolhimento, treinamento e avaliadores);
2. Deverá acrescentar ao processo avaliativo, a avaliação escrita, participativa e as pesquisas científicas dos colaboradores, no que refere ao conhecimento teórico da sua prática assistencial. Essa avaliação será trabalhada ao final de cada temática. Ao término do trimestre será feito um gráfico individual de cada servidor e, posteriormente, um gráfico comparativo dos setores, em que será premiado (de forma a definir) o colaborador que melhor avaliado, e o setor que teve sua prática melhor desenvolvida.
3. Ao término da avaliação de desenvolvimento, o colaborador será trabalhado individualmente nas suas dificuldades, o que possibilitará a adequação do colaborador às suas atividades e competências exigidas para o cargo que ocupa.
4. Criar-se-á também um banco de dados para os processos avaliativos.
5. Caso o colaborador não atinja a satisfação em três avaliações consecutivas, ainda que com a adequação da sua função para a competências existentes e treinamentos, o mesmo deverá ser colocado à disposição da Divisão de Pessoal para finalização do contrato.

### **4. Atividades Lúdicas**

As manifestações artísticas são formas de linguagem que permitem ao colaborador expressar uma gama de sentimentos de maneira diferente. Contribuem para seu enriquecimento cultural e pessoal, tornando-o uma pessoa mais segura e confiante. Com o intuito de tornar o profissional mais seguro e confiante é que se propõe esse tipo de atividade na instituição, pois dar-lhes-á condições de progredir na sua atividade laboral, evitando a insatisfação com o ambiente profissional ou até mesmo a solicitação de remoção da instituição.

O desenvolvimento dos profissionais é um marcador indispensável para o progresso e conseqüentemente a sobrevivência de uma instituição dentro do competitivo mercado de trabalho. Diante de tal fato, as instituições necessitam constantemente estimular os profissionais a trabalharem novas competências tanto no âmbito técnico como comportamental.

Atualmente é comum encontrarmos espaços reservados para os treinamentos convencionais nas instituições, onde os facilitadores repassam as informações para os profissionais com metodologia convencional, onde o professor fala e os alunos escutam. Porém, o entendimento de aprendizagem de adultos não pode ser visto como o olhar de ensino convencional, pois os mesmos trazem consigo uma bagagem de crenças, valores, conhecimentos pré-existent e paradigmas, que na maioria das vezes interferem na capacidade de assimilar novos conhecimentos e novas mudanças. Diante dessa premissa, torna-se necessária a criação de metodologias inovadoras que utilizam o cotidiano, as vivências e, principalmente, as atividades lúdicas como forma de desenvolver as capacidades dos colaboradores, fazendo com que os mesmos vivenciem determinados fatos e os façam refletir sobre o assunto apresentado.

Com essa visão deverá ser utilizada a prática focada na *andragogia* (ensino para adultos), isto é, a arte de ensinar adultos por meio da aprendizagem com base na experiência, em que se entende que o conhecimento vem da realidade. Essa metodologia é articulada em dois eixos principais que são a motivação e a experiência dos aprendizes adultos.



**Figura 12. Ilustração da Andragogia**

A partir das atividades lúdicas há que se trabalhar a valorização do colaborador, uma vez que se pretende organizar comemorações nas datas festivas, bem como nas datas das profissões.

Será trabalhado com a equipe de artistas um processo de humanização dos clientes internos e dos clientes externos em que se desenvolverão temas referentes a valorização do colaborador por meio de peças teatrais e oficinas de convivência. Assim, o colaborador entenderá que é o diferencial competitivo que mantém e promove a instituição, que são tratados como seres humanos dotados de personalidade própria, com história de vida, como possuidores de conhecimentos, habilidades e competências indispensáveis a nova gestão, ou seja, serão tratados como pessoas e não como meros recursos da instituição.

Essa equipe terá como objetivo, no que refere ao desenvolvimento dos recursos humanos, a incorporação da ideia de que o colaborador é o combustível para conduzir a instituição a excelência e ao sucesso, que os mesmos são parceiros, em que seu esforço, dedicação, responsabilidade e comprometimento são peças fundamentais neste processo e, somente assim poderão colher os retornos desse novo comportamento.

Neste sentido, a instituição terá que preparar seus gestores para a mudança de paradigma, no que refere ao tratamento e ao comportamento enquanto peça fundamental no processo de valorização do colaborador por meio de atividades lúdica ou motivacionais.

Isto porque, ao contrário do que muitos imaginam, as ações motivacionais não são restritas apenas aos programas de premiações, salários atraentes ou cestas recheadas de benefícios diferenciados. É claro que incentivos externos pesam na satisfação dos colaboradores, mas nem sempre são suficientes para reter talentos.

A instituição também precisará ficar atenta à valorização do ser humano, considerando não apenas o lado material, mas também as relações interpessoais e como o profissional se sente diante do papel que exerce dentro da instituição.

“É necessário, em alguns casos, observar e deixar de lado a arrogância e o orgulho que podem contaminar profissionais que assumem determinadas funções de destaque, uma vez que o comportamento dos gestores influencia e compromete diretamente o clima organizacional” (BISPO, 2012).

Para que a parte de atividades lúdicas proposta neste plano tenha sucesso, deverá a equipe de artistas trabalhar inicialmente com os gestores, mostrando a importância da valorização do capital humano (colaborador) e, posteriormente, trabalhar com os colaboradores.

**Segue o roteiro das atividades lúdicas propostas:**

1. Atividade teatral com os gestores – trabalhar a valorização do capital humano;
2. Atividade teatral com os colaboradores – trabalhar o valor da sua força de trabalho e ele como peça fundamental para o sucesso da instituição – valorização profissional;
3. Atividade de valorização do dia de cada profissional, com atividades musicais, culturais e científicas, por exemplo, semana da enfermagem, da fisioterapia, da nutrição, da administração, entre outros;
4. Atividades comemorativas das datas festivas do nosso país como, por exemplo, Dia das Mães, Dia dos Pais, Natal, Ano Novo, entre outros;
5. Atividade de integração das equipes, como atividades esportivas;
6. Atividades intelectuais, de conhecimentos gerais, entre outras.

**V. ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

**A. Elaboração do Plano**

Para a elaboração do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos foi realizado uma reunião para entendimento da proposta do Grupo Gestor no que refere a esta temática. Foi determinado à Coordenadora do setor que fizesse o esboço do plano para posterior avaliação e validação do mesmo.

Realizar-se-ão reuniões, de acordo com a demanda do Plano, para que sua redação final seja definida e o mesmo possa ser executado.

**B. Levantamento de Literatura**

Primeiramente, foi realizado um levantamento de literatura no que refere a gestão de pessoas, desenvolvimento de recursos humanos, linhas de cuidado, educação permanente, educação continuada, capacitação, treinamento, valorização profissional, atividades culturais e lúdicas, avaliação de desempenho e outras que foram pertinentes à elaboração do presente plano.

Depois, foi feita a separação dos artigos que seriam utilizados no plano, sendo descartadas as literaturas que não atendiam ao assunto tratado.

### C. Elaboração do Plano

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos foi elaborado pela equipe gestora partir das literaturas levantadas. Foi redigida a primeira versão para ser apresentada na reunião com o grupo gestor, onde será discutido, avaliado e validado. À medida que as correções forem feitas, a redação final do plano será desenvolvida e o mesmo colocado em prática.

### D. Etapas de Implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos

- Nomeação da Coordenadora do Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- Levantamento de Literatura pertinente;
- Elaboração do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- Aprovação do Plano pelo Grupo Gestor do **CHRDJC**;
- Etapas de Execução: para a implementação do Plano será necessária a realização de adequações dos recursos humanos do setor de desenvolvimento com a estruturação da equipe de acolhimento, treinamento e avaliação; reestruturação da área física com local adequado para acolhimento e treinamento; elaboração do regimento interno do desenvolvimento de recursos humanos, do manual de acolhimento e do método avaliativo; criação da infraestrutura administrativa do conhecimento (treinamento) com a elaboração de escala, banco de dados, levantamento do diagnóstico dos setores, determinação da prioridades; e criação da agenda de atividades lúdicas do instituição.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CARDOSO, A. A. **Recrutamento e seleção de pessoal**. Manual Prático Lidel: [S.n.], 2001;
- CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 1997;
- DESSLER, G. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Prentice Hall, 2003;
- FARIA, Marcelo Edgard de Castro. **Gestão do desempenho**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/6089632/Apostila-Gestao-de-Desempenho>>;
- MALIK, A.M. Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e cultura das Organizações de Saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.32, nº4, p.32-41, set/out, 1992;
- MASSORALI, A.; SAUPE, R. Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação continuada no Processo de Trabalho em Saúde. Projeto de Pesquisa submetido ao edital 49/2005. PIBIC:2007/2008. Disponível em:<[www.abennacional.org.br/2SITEN/arquivos/N.045.pdf](http://www.abennacional.org.br/2SITEN/arquivos/N.045.pdf)>;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Brasília/DF; Editora MS/CGDI/SAA/SE,2004. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/04\\_0654\\_F.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/04_0654_F.pdf)>;
- RECURSOS HUMANOS. Disponível em: <[http://www.sato.adm.br/relats/rec\\_humanos.htm](http://www.sato.adm.br/relats/rec_humanos.htm)>;
- SANTANA, José Paranaguá de. A função de desenvolvimento de recursos humanos do INAMPS/MPAS. **Cad. Saúde Pública**, [online], v. 2, n. 4, p. 570-575, 1986;
- TORRES, H.C. Subsistema de Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Portal do Administrador**. 2004. Disponível em: <[www.portaladm.br/ARH/arh2.htm](http://www.portaladm.br/ARH/arh2.htm)>.

## 5.2 Educação em Saúde

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá desenvolver ações intersetoriais principalmente com a área da Educação objetivando trabalhar ações capazes de prevenir danos e agravos, e, de promover saúde: drogadição, gravidez na adolescência, violência e acidentes. A parceria com atores setoriais e intersetoriais é fundamental para o sucesso destas ações.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será realizada pela **Área de Recursos Humanos**, na qual promoverá:

- ◆ Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- ◆ Lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:

- ◆ gestores estaduais e municipais;
- ◆ universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- ◆ Escolas de Saúde Pública (ESP);
- ◆ Centros Formadores (CEFOR);
- ◆ Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);
- ◆ Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);
- ◆ Hospitais de ensino;
- ◆ Estudantes da área de saúde;
- ◆ Trabalhadores de saúde;
- ◆ Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- ◆ Movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.



Neste cenário, o programa de Educação permanente irá desenvolver as ações a partir de planejamento que alcance a integralidade da atenção, envolvendo o conceito ampliado de saúde, a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

A Coordenação de Recursos Humanos irá propor ações de educação a partir da realização do diagnóstico situacional, para identificação de pontos fortes e frágeis, posteriormente, esses serão categorizados e descritos em temas. Dentre os possíveis temas a serem trabalhados haverá prioridade aquelas relacionadas a qualidade e com potencial relevante e transformador tanto no âmbito assistencial quanto gerencial: relacionamento de interpessoal, trabalho em equipe, segurança do paciente, humanização, assistência de qualidade, entre outros.

É importante ressaltar que na perspectiva de humanização, serão adotadas medidas para reorganização do processo de trabalho dos servidores do hospital. Essas medidas permearão e buscarão a melhoria e/ou manutenção do relacionamento interpessoal, compartilhamento das dificuldades e desenvolvimento do trabalho em equipe. Diante do contexto das dificuldades de assistência de saúde apresentadas no cenário nacional, bem como municipal as possíveis ações de educação permanente serão planejadas a partir dos temas supracitados.

### Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Educação em Saúde					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões com as equipes						
Auditorias Internas						
Palestras de Sensibilização						
Diagnóstico Organizacional						
Avaliação						

### 5.3 Projetos Educacionais

Como vimos anteriormente, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe a **implantação no Hospital de um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, utilizando-se de metodologia participativa, ancorada nos pilares da educação permanente**, para estabelecer um projeto de trabalho educacional com ênfase no cotidiano do trabalho construindo, assim, um espaço coletivo para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no processo laboral, a fim de definir diretrizes capazes de alcançar a qualidade da atenção à saúde de forma sistêmica, bem como a satisfação profissional.

Nesta proposta, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas serão determinadas a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do **CHRDJC** e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho no **Hospital**, que serão identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos, métodos e tecnologias estabelecidas.

Neste sentido, faz-se necessário que no **Hospital** a educação permanente seja desenvolvida por meio de um processo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e, principalmente, intersetorial, com o objetivo de incentivar a capacidade de aprendizagem, o enfrentamento criativo das demandas e as necessidades de saúde, colocando em pauta os modos de pensar e sentir dos trabalhadores.

Entende-se que esse processo irá contribuir para a integração entre a instituição e o colaborador, bem como colaborador com colaborador, pois utiliza nova abordagem gerencial, na qual se dá resposta aos problemas do cotidiano de trabalho, enfatizando assim ideias comuns, valores e formas de trabalho, que buscam coletivamente alternativas que harmonizam e motivam o processo de trabalho.

Somente assim poderão ser estabelecidas normatizações e padronização das práticas assistenciais, bem como comportamentais, que atendem as exigências da gestão e das legislações vigentes. É importante considerar que a instituição tem uma cultura e, a partir do seu entendimento e reconhecimento, poderão ser evidenciadas as diferentes maneiras que os componentes da instituição se relacionam com os clientes internos e externos, traçando um plano de trabalho de desenvolvimento de recursos humanos que engloba a educação permanente, os treinamentos, acolhimento e as atividades culturais.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente os chefes ou gerentes dos setores, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem estes princípios e adequem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

A partir da identificação das necessidades serão elaborados projetos educacionais de duração finita, com objetivos claramente definidos na solução de problemas, oportunidades, desafios ou interesses comuns e identificados o educador ou grupo de educadores, com a finalidade de planejar, coordenar e executar ações voltadas para melhoria de processos educativos e de formação, em seus diferentes níveis e contextos.

#### **Projetos Educacionais Iniciais:**

Como exposto acima o Plano de Educação Permanente do **CHRDJC** será construído coletivamente pelos colaboradores da unidade. Entretanto, alguns treinamentos e capacitações deverão ser comuns às áreas médica, de enfermagem, outros profissionais de saúde de nível superior e multi/transdisciplinar e área técnica/nível médio do **CHRDJC**, tendo em vista a mudança do Modelo de Gestão da unidade apresentado nesta proposta, dentre as quais destaca-se a Gestão das Urgências e Emergências e Acolhimento com Classificação de Risco (AACR).

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** utilizará o Roteiro de Plano de Trabalho da Ação de Educação proposto no Projeto Básico, no desenvolvimento das ações de educação a serem desenvolvidos no **CHRDJC**. A seguir apresentamos um modelo de como o roteiro será utilizado, na qualificação para a Gestão das Urgências e Emergências e Acolhimento com Classificação de Risco (AACR) e Capacitação CME, conforme RDC ANVISA 15/2012, uma vez que os demais projetos dependem de diagnóstico e construção coletiva, como proposto acima.

## Modelo de Plano de Trabalho da Ação de Educação

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI / CHRDJC – DRH		Plano de Trabalho da Ação de Educação
<b>1. Nome da Ação: Treinamento em Cuidados de Enfermagem em Pacientes em Quimioterapia.</b>		
<b>2. Justificativa:</b> considerando as ações e serviços do Hospital do Bem/ <b>CHRDJC</b> a <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI</b> e considera fundamental a qualificação da equipe técnica de enfermagem da unidade, em especial aqueles que irão cumprir a escala de trabalho na Quimioterapia.		
<b>3. Objetivo da Ação:</b> Capacitar os enfermeiros e técnicos de enfermagem da área de quimioterapia do Hospital do Bem/ <b>CHRDJC</b> nos cuidados aos pacientes em uso de quimioterapia.		
<b>4. Metodologia:</b> Exposição teórica e abordagem prática.		
<b>5. Resultados Esperados:</b> Equipe de Enfermagem da área capacitada.		
<b>6. Participantes:</b> enfermeiros e técnicos de enfermagem.		
<b>7. Titulação/Certificação:</b> Certificado em Cuidados aos pacientes da área de quimioterapia.		
<b>8. Estratégias de Avaliação:</b>		
Avaliação do Aprendizado: atividades interativas em que o instrutor e os participantes recebem o resultado instantaneamente em forma de gráficos e estatísticas.		Avaliação da Ação: Nº Pacientes Classificados / Nº total pacientes atendidos $\geq$ 90%
<b>9. Dados Gerais:</b>		
Carga horária: 20 horas	Custos: a definir a partir da identificação do número total de participantes.	Financiamento: <b><u>OS como contrapartida</u></b>
Cronograma de execução Financeira: a definir com a Área de Educação da SES/PB		
Dados da Instituição parceira ou instrutor: a definir		
<b>10. Responsável pela Ação de Educação:</b>		<b>DRH/ CHRDJC:</b>
Declaro que as informações acima são a expressão da verdade		
Patos, ___ de ____ de 2019		
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>		

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI / CHRDJC – DRH**

Plano de Trabalho da Ação de Educação

1. Nome da Ação: **Treinamento em Gestão das Urgências e Emergências e Acolhimento com Classificação de Risco (AACR).**

2. **Justificativa:** considerando a mudança do Modelo de Gestão do Hospital apresentado pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e ainda a implantação da ferramenta Tolife para Gestão da U&E e AACR, faz-se necessária a qualificação da equipe técnica da unidade, em especial aqueles que irão cumprir a escala de trabalho no Pronto Atendimento/PS do **CHRDJC** e os gestores da unidade. O processo de implantação inclui capacitação específica voltada tanto para os profissionais responsáveis pelo manuseio dos equipamentos e sistemas quanto para os gestores de saúde, abrangendo um treinamento completo dos produtos e serviços.

3. **Objetivo da Ação:** Capacitar os médicos, enfermeiros e gestores do **CHRDJC** no uso da ferramenta para definição do fluxo de pacientes e enquadramento aos protocolos clínicos institucionais de conduta.

4. **Metodologia:** Exposição teórica e abordagem prática no manejo da ferramenta ToLife para gestão da U&E.

5. **Resultados Esperados:** Implantação do AACR no PA da **CHRDJC**.

6. Participantes: médicos, enfermeiros e gestores da U&E da **CHRDJC**

7. **Titulação/Certificação:** Certificado em AACR

8. **Estratégias de Avaliação:**

Avaliação do Aprendizado: atividades interativas em que o instrutor e os participantes recebem o resultado instantaneamente em forma de gráficos e estatísticas.

Avaliação da Ação:

Nº Pacientes Classificados / Nº total pacientes atendidos  $\geq 80\%$

9. **Dados Gerais:**

Carga horária: 20 horas

Custos: a definir a partir da identificação do número total de participantes.

Financiamento: **OS como contrapartida**

Cronograma de execução Financeira: a definir com a Área de Educação da SES/PB

Dados da Instituição parceira ou instrutor: a definir

10. **Responsável pela Ação de Educação:**

**DRH/ CHRDJC:**

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade

Patos, \_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
BIRIGUI / CHRDJC – DRH**

Plano de Trabalho da  
Ação de Educação

**1. Nome da Ação: Capacitação em boas práticas para o processamento de produtos para a saúde/CME.**

**2. Justificativa:** considerando a mudança do Modelo de Gestão do **CHRDJC** apresentado pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e ainda a implantação de ferramentas de gestão para o CME, faz-se necessária a qualificação da equipe técnica da unidade, em especial aqueles que irão cumprir a escala de trabalho no CME da **CHRDJC**. O processo de implantação inclui capacitação específica voltada tanto para os profissionais responsáveis quanto para os colaboradores, abrangendo um treinamento completo dos produtos e serviços.

**3. Objetivo da Ação:** Capacitar os colaboradores do CME da **CHRDJC** no uso da **RDC ANVISA 15, de 15/03/2012**

**4. Metodologia:** Exposição teórica e abordagem prática.

**5. Resultados Esperados:** Boas práticas para o processamento de produtos para a saúde/CME da **CHRDJC**.

**6. Participantes:** Colaboradores do CME da **CHRDJC**

**7. Titulação/Certificação:** Certificado em Boas práticas para o processamento de produtos para a saúde

**8. Estratégias de Avaliação:**

Avaliação do Aprendizado: atividades interativas em que o instrutor e os participantes recebem o resultado instantaneamente em forma de gráficos e estatísticas.

Avaliação da Ação:

Nº colaboradores capacitados N° total  $\geq$  90%

**9. Dados Gerais:**

Carga horária: 20 horas

Custos: a definir a partir da identificação do número total de participantes.

Financiamento: **OS como contrapartida**

Cronograma de execução Financeira: a definir com a Área de Educação da SES/PB

Dados da Instituição parceira ou instrutor: a definir

**10. Responsável pela Ação de Educação:**

**DRH/ CHRDJC:**

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade

Patos, \_\_ de \_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **6. METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL, INCREMENTO DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO**

As metas e indicadores apresentados serão utilizadas como referência para o monitoramento do Contrato de Gestão por um período de 06 (seis) meses a partir da assinatura do contrato, sendo que após esse período, a Contratante poderá, em conjunto com a equipe gerencial do serviço, elaborar e validar um novo plano de trabalho anual, podendo ampliar ou reduzir tanto as metas pactuadas, como o número de indicadores de qualidade e produção assistencial, em questão.

### **6.1 Metas de Produção Assistencial**

As Metas de Produção Assistencial aqui definidas representam a expectativa mínima de produção de ações e serviços de saúde, e não guardam relação com o limite superior da demanda a ser atendida.

Serão utilizadas as informações disponíveis nos sistemas de informação oficiais – SIA/SUS e SIH/SUS; e ou informações oriundas dos relatórios da própria instituição e passíveis de auditoria externa.

A verificação da Produção Assistencial Hospitalar em Internação e cirurgias, Produção Assistencial Hospitalar Ambulatorial, e Produção Assistencial em SADT; confrontadas com as Metas de Produção Assistencial pactuadas, permitirá calcular o valor da transferência de recursos mensal, parcela variável, segundo o peso de cada grupo de atividade e os critérios estabelecidos no Projeto Básico.

As referidas metas estabelecidas poderão ser revistas sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a unidade assistencial.

**No primeiro trimestre, serão considerados como metas: a apresentação do: Regulamento Hospitalar, Organograma e Regimentos de funcionamento internos; além de todos os procedimentos operacionais padrão – POP; manuais de normas e rotinas; protocolos clínicos e fluxos de atendimento; bem como a apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde - PGRSS. A partir do 4º até o 6º mês, serão consideradas as metas pactuadas.**

Para a determinação das metas de produção assistencial foram utilizados os seguintes parâmetros:

**Tabela 1. Parâmetros e memórias de cálculo - variáveis operacionais gerais**

Dias do ano	365 dias
Número de semanas/ano	52 semanas
Dias úteis do ano	225 dias
Feriados do ano	16 dias
Sábados/Domingos do ano	102 dias
Férias	22 dias úteis
Faltas	10 dias úteis
Horas contratuais semanais	40 horas
Horas médico contratuais semanais	20 horas
População a ser assistida	Estimativa IBGE

**Tabela 2. Metas de Produção Assistencial Hospitalar em Internação e Cirurgias**

SERVIÇOS		AÇÃO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO E CIRURGIAS	INTERNAÇÃO	Clínica médica	200	600	2400
		Diárias de UTI*	180	540	2160
		Ortopedia	300	900	3600
		Diárias de Cuidados Paliativos*	150	450	1800
		Oncologia Clínica	60	180	720
	CIRURGIAS	Ortopedia Adulto	170	510	2040
		Ortopedia Pediátrica	30	90	360
		Cirurgia Geral	50	150	600
		Bucomaxilo	30	90	360
		Oncologia	50	150	600

\*Memória de Cálculo: Diárias de UTI. =  $\frac{N.º \text{ de Leitos} \times \text{Mês (30 dias)}}{THO}$



**Tabela 3. Metas de Produção Assistencial Hospitalar Ambulatorial**

SERVIÇOS	AÇÃO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
<b>PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR AMBULATORIAL</b>	Ortopedia	1100	3300	13200
	Oncologia**	500	1500	6000
	Bucomaxilo	150	450	1800
	Punção aspirativa de mama por agulha fina	15	45	180
	Punção de mama por agulha grossa	40	120	480
	Exérese da Zona de transformação do colo uterino	7	21	84
	Biópsia de Colo Uterino	9	27	108
	Biópsia Prostática	10	30	120
	Biópsia /Exérese de nódulo de Mama	9	27	108
	Quimioterapia	440	1320	5280

\*\* A Produção Assistencial Hospitalar Ambulatorial em Oncologia contempla as especialidades: Oncologista, Ginecologista, Mastologista, Urologista, Dermatologista e Hematologista.

**Tabela 4. Metas de Produção Assistencial em Urgência e Emergência**

SERVIÇOS	AÇÃO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
<b>PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco	4.500	13.500	54.000
	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas	900	2.700	10.800

OBS.: A apresentação dos dados será realizada conforme abaixo:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Quantidade mês
Pacientes Classificados	%
<b>Nível 1 - Manchester Vermelho</b> (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação): avaliação médica imediata.	
<b>Nível 2 - Manchester Laranja</b> (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência): avaliação médica em até 10 minutos	
<b>Nível 3 - Manchester Amarelo</b> (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente): avaliação médica em até 30 minutos.	
<b>Nível 4 - Manchester Verde</b> (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente): avaliação médica em até 60 minutos.	
<b>Nível 5 - Manchester Azul</b> (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente): avaliação médica em até 120 minutos.	
N/C – Não Classificado	
<b>TOTAL PACIENTES CLASSIFICADOS</b>	

**Tabela 5. Metas de Produção Assistencial em Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

SERVIÇOS	AÇÃO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
<b>PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)</b>	Raio- X	1500	4500	18000
	Eletrocardiograma	1200	3600	14400
	Endoscopia	220	660	2640
	Broncoscopia	20	60	240
	Colposcopia	70	210	840
	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	240	720	2880
	Ressonância magnética	20	60	240
	Cintilografia Óssea	5	15	60
	Tomografia Computadorizada	1000	3000	12000
	Ultrassonografia e Ecocardiograma	700	2100	8400
	Diagnóstico em Laboratório Clínico	8530	25590	102360
	Biologia Molecular	8	24	96
	Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia	200	600	2400
	Imuno-histoquímica	100	300	1200

### 6.1.1 Capacidade de Incrementos

A capacidade de incrementos proposta é de até 5% ao ano, para as metas de produção abaixo elencadas. A proporção poderá sofrer variações conforme estudo de demanda x capacidade instalada.

**Tabela 6. Capacidade de Incrementos**

SERVIÇOS	AÇÕES	META ANUAL	META + INCREMENTO 5%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM INTERNAÇÕES E CIRURGIAS	Cirurgia Geral	600	630
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR AMBULATORIAL	Ortopedia	13.200	13.860
	Oncologia	6.000	6.300
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	Raio- X	18.000	18.900
	Broncoscopia	240	252
	Ultrassonografia e Ecocardiograma	8.400	8.820
	Diagnóstico em Laboratório Clínico	102.360	107.478

### 6.2 Metas de Qualidade e Desempenho

As metas de Qualidade e Desempenho irão acompanhar o desempenho institucional considerando as ações em saúde propostas neste documento, sempre relacionadas ao perfil assistencial e padrão gerencial definido para CHRDJC.

Para cada uma das metas que compõem os indicadores abaixo será atribuída sob a ótica binária do cumprimento (cumpriu a meta / não cumpriu a meta), em função do grau de consecução das metas acordadas.

Será observada a escala constante da tabela abaixo, de acordo com a análise dos INDICADORES DA ÁREA DE GESTÃO; INDICADORES DA ÁREA DE PROCESSO; e INDICADORES DA ÁREA DE RESULTADOS.

**Tabela 7. Indicadores de Qualidade e Desempenho**

INDICADORES			MÊS
A	INDICADORES DA ÁREA DE GESTÃO		
A.1	INDICADORES DIREÇÃO		META MENSAL
A.1.1	Percentual Gestores do hospital com especialização e/ou capacitação em gestão hospitalar	N.º Gestores com especialização e/ou capacitação em gestão hospitalar, no Período x 100	≥ 40%
		Nº Total de Gestores do Hospital.	
A.2	INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS		META MENSAL
A.2.1	Índice de Atividades de Educação Permanente	Nº de Atividades de Educação Permanente realizadas, no período x 100	90%
		Nº de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	
A.2.2	Taxa de rotatividade de pessoal (Turn Over)	(Número de admissões + desligamentos) 2 x 100	≤ 2,5%
		Nº de funcionários ativos no cadastro do hospital, no período	
A.2.3	Taxa de Absenteísmo	N.º de horas/homem ausentes x 100	≤ 4,5%
		Nº de horas/homem trabalhadas	
A.2.4	N.º de Funcionários Técnico Assistencial com Especialização	N.º funcionários Técnico Assistencial (nível superior) com Especialização em saúde, no período x 100	≥ 50%
		N.º Total de funcionários Técnico Assistencial (nível superior), no período	
A.2.5	Taxa de Acidentes de Trabalho	N.º de acidentes de trabalho x 100	≤ 0,5%
		N.º funcionários ativos no cadastro do hospital	
A.3	INDICADORES ADMINISTRATIVO-FINANCEIROS		META MENSAL
A.3.1	Taxa de glosas sobre o faturamento dos serviços habilitados apresentado para cobrança ao SUS, de responsabilidade da gestão do CHRDJC	Total de AIH glosadas para serviços habilitados por fatores de responsabilidade da gestão do CHRDJC, no período X 100	≤ 10%
		Total de AIH referentes aos serviços habilitados, apresentadas ao SUS, no período	

<b>B</b>	<b>INDICADORES DE PROCESSO</b>		
<b>B.1</b>	<b>INDICADORES ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>		<b>META MENSAL</b>
<b>B.1.1</b>	Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento	Total de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento, no período x 100	<b>100%</b>
		Total de atendimentos, no período	
<b>B.1.2</b>	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbito, no período X 100	<b>100%</b>
		Total de prontuários de usuários que vieram a óbito, no período	
<b>B.1.3</b>	Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH	Total de prontuários de usuários com infecção revisados pela CCIH, no período X 100	<b>100%</b>
		Total de prontuários de usuários com infecção, no período	
<b>B.2</b>	<b>EFICIÊNCIA/PRODUTIVIDADE</b>		<b>META MENSAL</b>
<b>B.2.1</b>	Relação Pessoal/leito	Nº. de funcionários contratados e de terceiros ativos, no período	<b>≥ 5,54</b>
		Nº. de leitos ativos, no período	
<b>B.2.2</b>	Relação Enfermagem/leito	Nº. de enfermeiros, no período x 100	<b>≥ 22,2 por 100 leitos</b>
		Nº. de leitos, no período	
<b>B.2.3</b>	Índice de rotatividade do leito	Total de saídas (Altas e Óbitos, Transferência), no período	<b>≥ 1,9 e ≤ 4,15 Pacientes/Leito</b>
		Nº. de leitos mesmo período	
<b>B.2.4</b>	Tempo médio de permanência geral	Nº. de pacientes - dia, no período	<b>≤ 7 dias</b>
		Total de saídas - dia, no período	
<b>B.2.5</b>	Tempo médio de permanência – UTI	Nº. de pacientes - dia, no período	<b>≤ 10 dias</b>
		Total de saídas (Altas, Óbitos, Transferência), no período	
<b>B.2.6</b>	Taxa de ocupação Hospitalar	Nº. de pacientes - dia em um mesmo período x 100	<b>≥ 85%</b>
		Nº de leitos – dia em um mesmo período	

<b>C</b>	<b>INDICADORES DA ÁREA DE RESULTADOS</b>		
<b>C.1</b>	<b>EFETIVIDADE</b>		<b>META MENSAL</b>
<b>C.1.1</b>	Taxa de mortalidade institucional	Nº. de óbitos após 24 horas de internação, no período analisado x 100	≤ 7 %
		Total de saídas (Nº. de altas no período analisado)	
<b>C.1.2</b>	Taxa de mortalidade cirúrgica	Nº. de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico no período x 100	≤ 5%
		Total de atos cirúrgicos no mesmo período	
<b>C.1.3</b>	Taxa de suspensão de cirurgias eletivas	Número de cirurgias suspensas for fatores extra pacientes x 100	≤ 10%
		Número de cirurgias agendadas	
<b>C.1.4</b>	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico	∑ tempo (dias) entre a primeira consulta em Oncologia e o diagnóstico conclusivo	≤ 30
		Nº de pacientes com diagnóstico conclusivo em Oncologia, no período	
<b>C.1.5</b>	Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento	∑ tempo (dias) entre o diagnóstico conclusivo em Oncologia e o início do tratamento	≤ 30
		Nº de pacientes de Oncologia com tratamento iniciado no período	
<b>C.2</b>	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		<b>META MENSAL</b>
<b>C.2.1</b>	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada a Cateter Venoso central (CVC) em UTI Adulto	Número de casos novos de IPCSL no período x 1000	≤ 10
		Número de CVCs-dia no período	
<b>C.2.2</b>	Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico	Número ISC relacionadas ao procedimento cirúrgico sob avaliação no período X 100	≤ 5%
		Número total de procedimentos cirúrgicos sob avaliação, realizadas no período	
<b>C.3</b>	<b>INDICARES RELACIONADOS AO ACESSO AO USUÁRIO</b>		<b>META MENSAL</b>
<b>C.3.1</b>	Atendimento de pacientes acolhidos na Urgência e Emergência com classificação de risco	Nº de pacientes acolhidos e classificados por risco, no período x 100	100%
		N.º de pacientes admitidos na Urgência e Emergência no período	

C.4	INDICARES RELACIONADOS À QUALIDADE		META MENSAL
C.4.1	Indicador Satisfação do Usuário*	Nº. de Questionário c/ Resposta afirmativa à Pergunta – Padrão, no período x 100	≥ 90%
		Nº. de Questionários Respondido, no período	
C.4.2	Resolubilidade da Ouvidoria	Total de manifestações resolvidas, no período X 100	≥ 80%
		total de reclamações, solicitações e denúncias feitas à ouvidoria, no período	

*\*Metodologia e Instrumento da Pesquisa de Satisfação do Usuário aprovada pela Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão:*

*1. Questionário de satisfação do paciente: instrumento de aferição do grau de satisfação do paciente com os serviços*

*prestados. São domínios obrigatórios do questionário o atendimento inicial, o atendimento pela enfermagem, o atendimento médico, a nutrição, a privacidade, a hotelaria e a satisfação geral.*

*2. Pergunta-padrão sobre a recomendação do serviço: O(a) senhor(a) recomendaria este Hospital a um familiar ou amigo? A pergunta-padrão deverá estar inserida em um questionário de satisfação do paciente, não podendo ser administrada isoladamente.*

*a) Numerador - Número de questionários de satisfação do paciente com respostas afirmativas ("definitivamente sim"/"claro que sim", "provavelmente sim") à pergunta-padrão sobre a recomendação do Hospital.*

*b) Denominador - Número de questionários respondidos em um mês, excluídos os questionários com a pergunta- padrão sobre a recomendação do Hospital em branco ou com múltiplas opções. As respostas a esta pergunta padrão devem satisfazer a uma escala de quatro opções: "claro que sim"/"definitivamente sim", "provavelmente sim", provavelmente não", "claro que não"/ "definitivamente não". Os questionários devem ser impressos e autoadministrados. Os respondedores devem ser os próprios pacientes internados, ou seus familiares, no caso de*

*crianças e idosos dependentes. O número de questionários respondidos deve corresponder, no mínimo, a 15% das altas em um mês.*

### 6.3 Monitoramento do Contrato de Gestão

O Contrato de Gestão é o instrumento no qual se estabelecem as metas de produção a serem alcançados, os indicadores de avaliação de desempenho e o processo de acompanhamento rotineiro, possibilitando assegurar que a unidade está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações.

O Monitoramento do Contrato de Gestão é parte do processo avaliativo que envolve a coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados, com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e a obtenção dos resultados esperados.

O referencial para o monitoramento do Contrato de Gestão serão as obrigações assumidas pelas partes, em relação aos indicadores e metas de produção e desempenho estabelecidos.

Será designada uma equipe responsável pelo monitoramento do Contrato de Gestão, e contará com assessoria especializada na área.

A equipe designada, mediante assessoria especializada, estabelecerá estratégias de Estratificação e Avaliação do Projeto e o monitoramento inicial da produção e alcance das metas propostas, em atividade de rotina e de resultado com periodicidade mensal, com verificação sistemática e implementação de medidas de adequação. O monitoramento da gestão de equipamentos e infraestrutura e o monitoramento dos compromissos contratuais terão periodicidade trimestral.

Propõe-se também a realização de reuniões trimestrais com a Contratante, objetivando identificar as tendências de cumprimento das metas e proposição de ações preventivas e corretivas. Nesse aspecto, as tendências identificadas poderão subsidiar a revisão de metas e compromissos, além de orientar as renovações contratuais.

Objetivando harmonizar os procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento do **CHRDJC**, propõe também a elaboração conjunta com a SES/PB de um **MANUAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO**.

O manual: roteiro de instrumento com adequado planejamento, visão de futuro, oportunos cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. Nos projetos táticos e operacionais observará a definição dos objetivos a alcançar e definirá as estratégias de implantação na Gestão.



O monitoramento da produção e alcance das metas estabelecidas no Contrato de Gestão, constituirá uma atividade de periodicidade mensal, com verificação sistemática e implementação de medidas de adequação. O monitoramento da gestão de equipamentos e infraestrutura e o monitoramento dos compromissos contratuais terão periodicidade semestral. Ainda, serão apresentados Relatórios mensais e trimestrais, com informações pertinentes ao monitoramento do Contrato de Gestão.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** também propõe a realização de reuniões trimestrais com a SES-PB, objetivando identificar as tendências de cumprimento das metas e proposição de ações preventivas e corretivas. Nesse aspecto, as tendências identificadas poderão subsidiar a revisão de metas e compromissos, além de orientar as renovações contratuais.

A Equipe da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** criada para Monitoramento do Contrato de Gestão deverá trabalhar com ferramentas tais como:

- I. **Monitoramento da produção hospitalar:** atividade de periodicidade mensal: consiste na verificação entre as metas de produção contratadas e a produção de ações e serviços efetivamente realizada pela unidade sob gerenciamento de organização social;
- II. **Monitoramento da gestão de equipamentos de saúde:** atividade de periodicidade trimestral: consiste na análise e avaliação do gerenciamento dos equipamentos de saúde por parte da organização social. O gerenciamento de equipamentos de saúde contempla as atividades de Planejamento, Seleção, Aquisição, Recebimento, Inventário Técnico, Registro Histórico, Armazenamento, Transferência, Instalação, Uso, Intervenção Técnica, Descarte e Segurança do paciente;

III. **Monitoramento de compromissos contratuais:** atividade de periodicidade trimestral: consiste na verificação dos compromissos assumidos pela organização social nas diversas cláusulas contratuais e que não integram o quadro de metas e indicadores de desempenho;

IV. **Análise crítica de desempenho e avaliação de resultados:** atividade de periodicidade trimestral: consiste na análise crítica e avaliação dos resultados obtidos no trimestre, com o objetivo de identificar as tendências de cumprimento das metas contratadas e proposição de ações preventivas e corretivas. O relatório produzido poderá subsidiar a revisão de metas e compromissos contratuais e orientar as renovações dos contratos de gestão.

### 6.3.1 Roteiro para Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão

#### Obrigações da Contratante:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Não se aplica	OBS.
Adequada estrutura física				
Recursos financeiros				
Materiais permanentes				
Equipamentos				
Instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade.				

### Obrigações da Contratada:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Não se aplica	OBS.
Alimentação dos Sistemas de Informação do SUS				
Contratação de Serviço de Anestesiologia				
Alimentação do SIA/SUS e SIH/SUS				
Registro atualizado dos atendimentos realizados na Unidade				
Documentos de Regularidade Fiscal				
Licenças e alvarás atualizados				
Registro de dados dos usuários atendidos				
Notificação de queixas técnicas e eventos adversos				
Pesquisa de Satisfação do Usuário na alta hospitalar				
Atendimento a sugestões, queixas e reclamações de usuários				
Serviço de Atendimento ao Usuário				
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia				
Núcleo de Manutenção Geral				
Núcleo de Engenharia Clínica				
Serviço de Gerenciamento de Riscos e Resíduos				
Regulamento de Recursos Humanos publicado				
Regulamento de Aplicação de Recursos Financeiros publicado				
Regulamento de Aquisição de bens e serviços publicado				
Registro de encaminhamentos de usuários realizados				
% de recursos públicos repassados com folha de pagamento				
% de servidores efetivos da SES na Unidade				
Programa de Saúde no Serviço Público				
Programa de Capacitação de RH				

### Da Prestação de Contas:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Não se aplica	OBS.
Comparativo de metas propostas e resultados alcançados				
Demonstrativos financeiros: receitas e despesas realizadas				
a) Relatórios Contábeis e Financeiros				
b) Relatórios de cumprimento de metas				
c) Relatórios referentes aos indicadores de desempenho e qualidade				
d) Relatório de custos				
e) Censo de origem dos usuários atendidos				
f) Pesquisa de satisfação de usuários e acompanhantes				
g) Relação de servidores SES em funções de assessoria ou direção				
h) Relatório sobre os bens constantes do Termo de Permissão de Uso				

### Princípios e diretrizes do SUS:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Não se aplica	OBS.
Atendimento exclusivo aos usuários SUS				
j) Universalidade de acesso aos serviços de saúde prestados x regulação				
k) Integralidade da assistência x capacidade instalada				
l) Política Nacional de Humanização: acolhimento com classificação de risco				
m) Resolubilidade do serviço ofertado ao usuário do SUS				
n) Índices de satisfação dos usuários				
o) Gestão baseada em sistema de metas e indicadores de desempenho e qualidade				
p) Habilitação de novos serviços no Ministério da Saúde				
q) Certificação da qualidade em saúde				

### Direitos do usuário:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Não se aplica	OBS.
a) Manter atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico, considerando os prazos previstos em lei.				
b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.				
c) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.				
d) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.				
e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.				
f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.				
g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.				
h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.				
i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.				

### Relatório de alta hospitalar:

ITEM DO CONTRATO	SITUAÇÃO			
	SIM	NÃO	Não se aplica	OBS.
a) Nome do usuário.				
b) Nome da Unidade.				
c) Motivo da internação (CID-10).				
d) Data de admissão e data da alta.				
e) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.				
f) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.				
g) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".				
h) Ciência do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.				
i) Informe hospitalar arquivado no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.				

### Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Monitoramento e Avaliação do CG					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Contratação de Assessoria Especializada						
Criação de Equipe de Monitoramento e Avaliação						
Capacitação da Equipe de Monitoramento e Avaliação						
Utilização com a SES/PB do Manual de Monitoramento e Avaliação do CG						
Reuniões com SES/PB						
Reuniões com as Equipes Gerenciais						
Monitoramento e Avaliação						