

# Boletim de Serviço

Nº 154, 08 de agosto de 2018

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD**

Rua Ivo Alves da Rocha, 558

Altos do Indaiá | CEP: 79823-501 | Dourados-MS |

Telefone: (67) 3410-3000 | Site: huufgd.ebserh.gov.br

**ROSSIELI SOARES DA SILVA**

Ministro de Estado da Educação

**KLEBER DE MELO MORAIS**

Presidente da EBSERH

**RICARDO DO CARMO FILHO**

Superintendente

**PAULO CÉSAR NUNES DA SILVA**

Gerente Administrativo

**JOSÉ FLÁVIO SETTE DE SOUZA**

Gerente de Atenção à Saúde

**RENATA MARONNA PRAÇA LONGHI**

Gerente de Ensino e Pesquisa

## SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO .....	4
DETERMINAR .....	4
RESOLUÇÃO N. 66, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	4
REGULAMENTAR .....	4
RESOLUÇÃO N. 67, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	4
ANEXO 02 RESOLUÇÃO N. 67 - MODELO POP ADMINISTRATIVO 2018	
ANEXO 03 RESOLUÇÃO N. 67 - MODELO POP ASSISTENCIAL 2018	
APROVAR .....	9
RESOLUÇÃO N. 68, DE 08 DE AGOSTO DE 2018 .....	9
SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL .....	9
DESIGNAR .....	9
PORTARIA N. 223, DE 06 DE AGOSTO DE 2018 .....	9
PORTARIA N. 225, DE 06 DE AGOSTO DE 2018 .....	10
PORTARIA N. 226, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	10
PORTARIA N. 228 DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	10
PORTARIA N. 229 DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	11
PORTARIA N. 230 DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	11
TORNAR PÚBLICO .....	12
PORTARIA N. 224, DE 06 DE AGOSTO DE 2018 .....	12
DIVULGAR .....	12
PORTARIA N. 227, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	12
PROCESSO DE RECRUTAMENTO INTERNO PARA O EXERCÍCIO DE FUNÇÃO GRATIFICADA.....	13
EDITAL N. 02, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	13
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	18
APROVAR .....	18
PORTARIA N. 21, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	18
PORTARIA N. 22, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	23
PORTARIA N. 23, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	32
PORTARIA N. 24, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	36
PORTARIA N. 25, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	44
PORTARIA N. 26, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	47
PORTARIA N. 27, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	57
ESTABELEECER .....	60
PORTARIA N. 28, DE 07 DE AGOSTO DE 2018 .....	60
GERÊNCIA ADMINISTRATIVA.....	64
PRORROGAR .....	64
PORTARIA N. 02, DE 06 DE AGOSTO DE 2018 .....	64

## COLEGIADO EXECUTIVO

### DETERMINAR

#### **RESOLUÇÃO N. 66, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, diante da decisão liminar proferida no agravo de instrumento interposto no TRF da 3ª Região, autos nº 5016139-87.2018.4.03.0000, resolve ad referendum:

**DETERMINAR** a reativação, se possível, ou a reinserção no SICAF da penalidade impedimento de licitar e contratar com a União pelo prazo de 02 (dois) meses, aplicada à empresa DISTRIBUÍDORA DE MEDICAMENTOS PRÓ SAÚDE LTDA, por meio da Resolução nº 31, de 16 de maio de 2018, do Colegiado Executivo do HU-UFGD, nos autos do Processo Administrativo nº 23005.000184/2016-39.

Considerando que o impedimento de licitar e contratar com a União vigorou por 1 (um) mês e 04 (quatro) dias e que a penalidade aplicada pela Administração foi de impedimento por 02 (dois) meses, a empresa deverá ficar impedida tão somente pelos 26 (vinte e seis) dias remanescente.

**DETERMINAR** a publicação desta Resolução no Diário Oficial da União, para os devidos fins e sua comunicação a CGU e ao MP (Ministério do Planejamento), em sendo o caso.

**Ricardo do Carmo Filho**

### REGULAMENTAR

#### **RESOLUÇÃO N. 67, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião extraordinária, realizada em 27/06/2018,

CONSIDERANDO a necessidade de revisão da Resolução nº. 09, de 20 de fevereiro de 2017, do Colegiado Executivo do HU-UFGD/EBSERH publicada no Boletim de Serviços nº. 84, de 20 de fevereiro de 2017.

RESOLVE:

Art. 1º **Regulamentar** o processo de elaboração, revisão, aprovação e publicação de Procedimento Operacional Padrão (POP) para as áreas administrativas e assistenciais do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Art. 2º Para fins de entendimento desta resolução, considera-se por:

I - Procedimento Operacional Padrão (POP): documento que descreve as operações necessárias para a realização de uma tarefa, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma determinada atividade, são imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes.

II – Instâncias de Governança: instâncias decisórias e deliberativas do hospital, representadas pela Superintendência, Gerência de Atenção e Saúde, Gerência Administrativa e Gerência de Ensino e Pesquisa.

III - Processo: Conjunto de atividades que transformam entradas em saídas, agregando valor em uma sequência de tarefas, ou seja, aqueles pequenos processos que são executados inteiramente dentro de uma única instância de governança.

IV - Macroprocesso: É um processo que contém mais que um processo, ou seja, quando se quer ter uma visão geral de um processo de trabalho. Quando se trabalha com macroprocesso deseja-se e é necessário abstrair detalhes mais refinados e assim ter uma visão menos detalhada, porém mais abrangente do processo, ou seja, aqueles processos que envolvem a atuação de mais de uma instância de governança.

Art. 3º Compete às chefias das unidades organizacionais identificarem os processos executados em sua unidade organizacional, elaborarem os POPs e mantê-los atualizados.

Parágrafo único: A revisão e atualização dos POPs deverá ocorrer a cada dois anos ou sempre que ocorrerem mudanças nos processos executados.

Art. 4º A formatação dos POPs produzidos no HU-UFGD deve seguir os modelos estabelecidos, anexos a esta resolução e disponíveis em <http://sistemas.hu.ufgd.edu.br>.

§ 1º As informações constantes nos POPs devem ser escritas em linguagem simples e objetiva.

§ 2º Nos POPs deverá ser atribuída uma numeração sequencial e referente à cada unidade, ficando sob a responsabilidade da chefia da unidade organizacional o controle dessas numerações.

§ 3º Não deverão ser inseridos formulários no corpo do texto dos POPs, devendo ser indicado apenas o local em que o arquivo esteja disponível (*links* de acesso).

Art. 5º Compete à Chefia das Instâncias de Governança, em conjunto com cada unidade organizacional:

§ 1º Receber os POPs elaborados e verificar se os padrões estabelecidos foram atendidos;

§ 2º Analisar e aprovar os POPs que descrevem as operações necessárias para a realização de uma tarefa de um processo, por meio de portaria.

§ 3º Analisar e encaminhar para a aprovação do Colegiado Executivo os POPs que descrevem as operações necessárias para a realização de uma tarefa de um macroprocesso.

Art. 6º Compete ao Colegiado Executivo a análise e deliberação acerca da aprovação dos POPs que descrevem as operações necessárias para a realização de uma tarefa de um macroprocesso, por meio de resolução.

Art. 7º Compete à Unidade de Comunicação a publicação dos POPs no Boletim de Serviço da instituição, aprovados em resolução pelo Colegiado Executivo ou portaria pelas Chefias das Instâncias de Governança, conforme o caso.

Art. 8º Compete ao Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, por meio do Escritório de Processos:

§ 1º Definir os macroprocessos finalísticos existentes e prioritários, em conjunto com as Chefias das Instâncias de Governança;

§ 2º Dar suporte as chefias das unidades organizacionais no mapeamento dos processos, sempre que demandado;

§ 3º Disponibilizar os POPs aprovados e publicados na intranet do HU-UFGD, no <http://sistemas.hu.ufgd.edu.br> e site institucional.

§ 4º Disponibilizar os formulários para acesso na intranet do HU-UFGD, no <http://sistemas.hu.ufgd.edu.br>.

Art. 9º Os procedimentos para elaboração, revisão, aprovação e publicação de POPs são:

§ 1º A chefia da unidade organizacional deverá elaborar e/ou revisar o POP, em conjunto com os colaboradores e unidades organizacionais envolvidas nos processos.

§ 2º Após a elaboração do POP, a chefia da unidade organizacional deverá encaminhar para a respectiva Chefia da Instância de Governança.

§ 3º A Chefia da Instância de Governança receberá o POP, verificando se os padrões estabelecidos foram atendidos. Se atendidos os padrões, realizará a aprovação por meio de portaria (processo) ou encaminhará para análise e aprovação do Colegiado Executivo (macroprocesso). Caso contrário, devolverá o POP para que a chefia realize as adequações necessárias.

§ 4º O Colegiado Executivo do HU-UFGD realizará a análise e deliberação acerca da aprovação dos POPs que descrevem as operações necessárias para a realização de uma tarefa de um macroprocesso. Se atendidos os padrões, realizará a aprovação por meio de resolução. Caso contrário, encaminhará a unidade organizacional demandante, para as providências necessárias.

§ 5º Os POPs aprovados deverão ser encaminhados para a Unidade de Comunicação para publicação da resolução ou portaria de aprovação no Boletim de Serviços da instituição e encaminhará para o Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação para disponibilização nos locais estabelecidos no art. 8º.

Art. 10 Caberá as chefias das unidades organizacionais orientar e divulgar os POPs aos envolvidos nos processos de trabalho, de forma que todos os envolvidos na execução direta e/ou indireta tenham completo entendimento das normas e tarefas necessárias.

Art. 11 Compete à Comissão de Educação Permanente, em conjunto com as chefias das unidades organizacionais, monitorar as orientações e divulgações realizadas acerca dos POPs, bem como, planejar as ações de capacitação necessárias para o exercício das tarefas.

Art. 12 Compete à Comissão de Controle Interno monitorar a aplicação dos POPs.

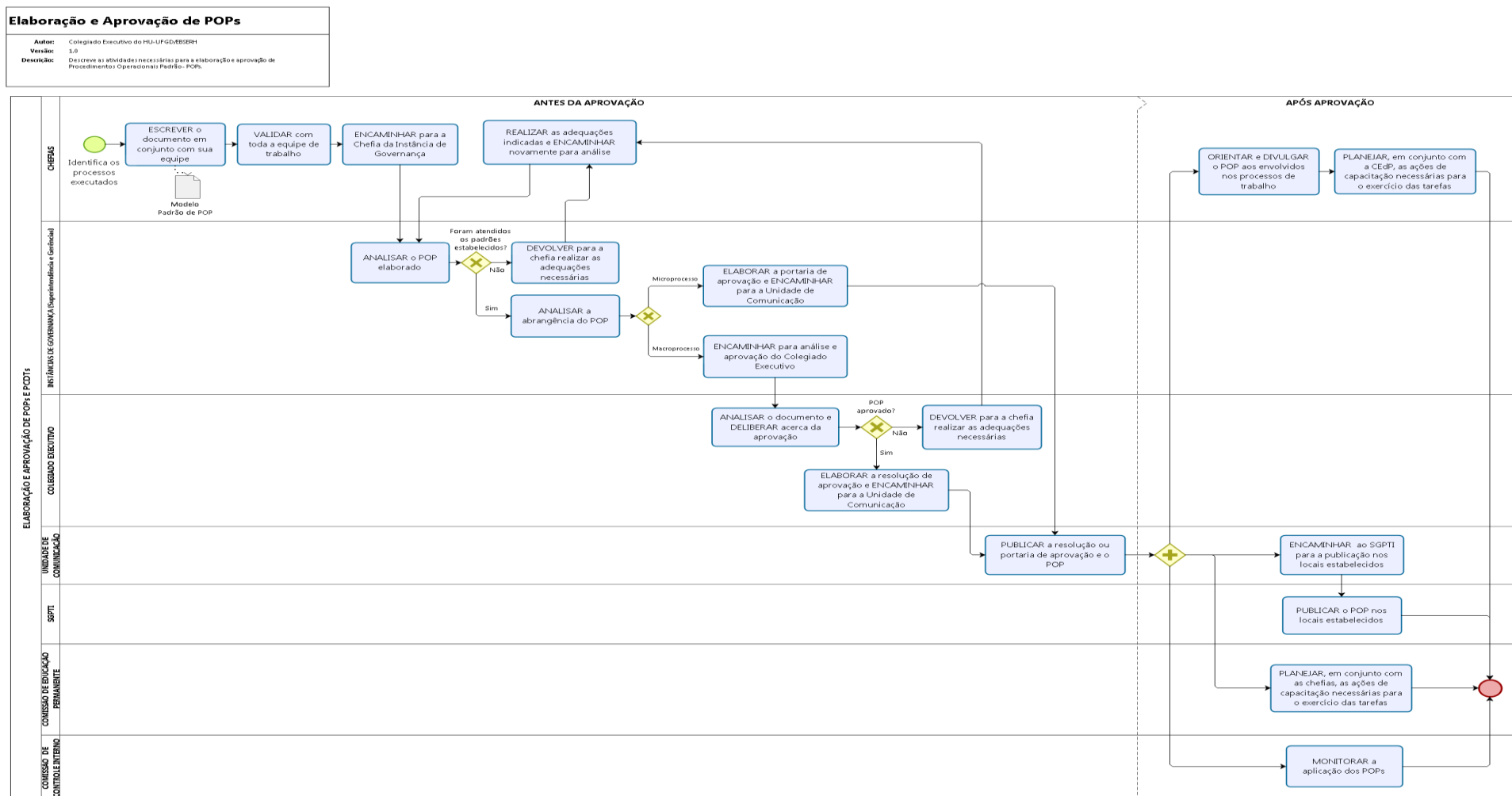
Art. 13 A revisão de quaisquer POPs poderá ser solicitada à unidade organizacional responsável pela elaboração, a qualquer tempo.

Art. 14 Os casos omissos serão resolvidos pela Superintendência do HU-UFGD.

Art. 15 Esta resolução entra em vigor a partir da data da sua assinatura, com efeitos retroativos a contar de 06/07/2018.

**Ricardo do Carmo Filho**

ANEXO 01: Fluxograma de Elaboração e Aprovação de POP





ANEXO 02: [Modelo de POP Administrativo](#);

ANEXO 03: [Modelo de POP Assistencial](#).

## APROVAR

### RESOLUÇÃO N. 68, DE 08 DE AGOSTO DE 2018

O PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

**Aprovar** o Relatório Parcial de Desempenho de Pós-Graduando, do servidor ALESSANDRO POSTAL, matrícula SIAPE n. 1895480, referente à capacitação em nível de Mestrado, realizada na Universidade Federal da Grande Dourados -UFGD, no período de 1º de setembro de 2017 a 31 de julho de 2018, na cidade de Dourados/MS.

**Ricardo do Carmo Filho**

SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL

## DESIGNAR

### PORTARIA N. 223, DE 06 DE AGOSTO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

#### RESOLVE:

Art. 1º - **Designar** Michelly Angelina Lazzari da Silva, matrícula/SIAPE n. 1800541, enfermeira, para substituir Aroldo Henrique da Silva Boigues, no período de 07/08/2018 a 16/08/2018, no cargo de Chefe da Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**PORTARIA N. 225, DE 06 DE AGOSTO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, filial da EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, criada por força da Resolução nº 57, de 18 de outubro de 2013, no uso das atribuições,

RESOLVE:

Artigo 1º. **Designar** DANIELLY VIEIRA CAPOANO, portadora do CPF nº. 007.849.751-59, matriculada no SIAPE sob o nº. 2821403, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposta credenciada do HU-UFGD/EBSERH nos autos das Reclamações Trabalhistas nº 0024209-49.2018.5.24.0021 Reclamante: FLÁVIA PRECHITKO LIMA, 0024486-65.2018.5.24.0021 Reclamante: JONY ALISSON BISPO SANT'ANA, ambas em tramitação na Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 2º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**PORTARIA N. 226, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O DIRETOR-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 201, de 26/03/2018 da UFGD,

RESOLVE:

**Artigo 1º. Designar** o servidor GLÊNIO ALVES DE FREITAS, portador do CPF nº. 042.380.026-44, matriculado no SIAPE sob o nº. 13631731, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposto credenciado da UFGD/HU nos autos de Reclamação Trabalhista nº 0024546-35.2018.5.24.0022, ajuizada por CLEIDE MARA DA SILVA em face de LIDERANÇA LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA e UFGD, em trâmite perante a 2ª Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

**Artigo 2º.** Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**PORTARIA N. 228 DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

**RESOLVE:**

Art. 1º - **Designar** Adauto Tsutomu Ikejiri, matrícula/SIAPE n. 6543570, docente, como substituto do cargo de Chefe do Setor de Gestão do Ensino do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**PORTARIA N. 229 DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

**RESOLVE:**

Art. 1º - Designar Mara Lourenço Vermieiro, matrícula/SIAPE n. 2137487, técnica de enfermagem, como substituta do cargo de Chefe da Unidade de Cirurgia RPA/CME do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**PORTARIA N. 230 DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

**RESOLVE:**

Art. 1º - **Designar** Adauto Tsutomu Ikejiri, matrícula/SIAPE n. 6543570, docente, para substituir Renata Maronna Praça Longhi, em suas ausências e impedimentos legais no cargo de Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

## TORNAR PÚBLICO

### PORTARIA N. 224, DE 06 DE AGOSTO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

I - **Tornar público** que foi concedido em 02 de agosto de 2018, o ato de suprimento de Fundos n. 03/2018, conforme segue:

Nome	CPF	Matrícula
Wesley Batista Akahoshi	956.290.251-04	1671493
Lotação	Cargo	Função
Setor de Apoio Operacional	NS	Chefe da Unidade de Apoio Operacional

Elemento de despesa	Fonte de recursos	Importância
339030	82810263850	R\$ 3.000,00
339039	82810263850	R\$ 2.000,00

Prazo de aplicação	Comprovação
90 dias	10 dias

II - Esta Portaria entra em vigor na data da assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**DIVULGAR**

### PORTARIA N. 227, DE 07 DE AGOSTO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em

30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º **Divulgar** os selecionados no processo de recrutamento interno para o exercício de função gratificada no HU-UFGD.

**ADAUTO TSUTOMU IKEJIRI** - Setor de Gestão do Ensino

**MARA LOURENÇO VERMIEIRO** - Unidade de Cirurgia RPA/CME

**GERSON BORGES SANTIAGO** - Unidade de Clínica Médica

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Ricardo do Carmo Filho**

## **PROCESSO DE RECRUTAMENTO INTERNO PARA O EXERCÍCIO DE FUNÇÃO GRATIFICADA**

### **EDITAL N. 02, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018, TORNA PÚBLICA A REALIZAÇÃO DE PROCESSO DE RECRUTAMENTO INTERNO, visando recrutar candidatos para participarem de seleção para o preenchimento de funções gratificadas de Chefe da Unidade do Sistema Cardiovascular e Respiratório e Chefe da Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal, no âmbito do HU-UFGD/EBSERH, em Dourados/MS, observado o disposto na Resolução nº. 08, de 24 de setembro de 2012, da Diretoria Executiva/Ebserh e as seguintes especificações:

#### **1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

- 1.1.** O Processo de Recrutamento Interno será regido por este Edital e conduzido pela Divisão de Gestão de Pessoas, em conjunto com a Divisão de Gestão Cuidado, Setor de Atenção à Saúde da Mulher e Colegiado Executivo do HU-UFGD.
- 1.2.** O Processo de Recrutamento Interno tem por objetivo recrutar candidatos dentre os empregados ou servidores públicos, lotados no HU-UFGD, para terem seus currículos apresentados ao Colegiado Executivo, por intermédio da Divisão de Gestão de Pessoas do HU-UFGD, dentre os quais serão selecionados os empregados e/ou servidores públicos que serão nomeados para o exercício das funções gratificadas de Chefe da Unidade do Sistema Cardiovascular e Respiratório e Chefe da Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal.
- 1.3.** Os nomeados para o exercício da função gratificada de Chefe de Unidade Assistencial terão, dentre outras, as seguintes atribuições:
  - 1.3.1.** Planejar, organizar e gerenciar o cuidado aos pacientes e/ou procedimentos realizados no âmbito da Unidade Assistencial;

- 1.3.2.** Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Unidade;
- 1.3.3.** Incentivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, prezando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- 1.3.4.** Desenvolver ações de integração do cuidado multiprofissional;
- 1.3.5.** Adotar princípios de humanização entre os profissionais e as equipes na rotina interna;
- 1.3.6.** Elaborar e cumprir as normas, rotinas, protocolos e procedimentos da unidade organizacional;
- 1.3.7.** Atualizar-se regularmente sobre os atos de gestão publicados no Boletim de Serviço e e-mail institucional;
- 1.3.8.** Tomar decisões de maneira compartilhada com as demais chefias, conforme o caso.
- 1.3.9.** Planejar e cumprir as metas pactuadas com a gestão do HU-UFGD/EBSERH;
- 1.3.10.** Comparecer às reuniões de trabalho, contribuindo com sugestões para a melhoria contínua do ambiente de trabalho;
- 1.3.11.** Promover periodicamente reuniões com a equipe de trabalho visando aperfeiçoar as rotinas desenvolvidas na unidade;
- 1.3.12.** Planejar a necessidade para aquisição de serviços, materiais de consumo e permanente, providenciando um encaminhamento do pedido à Gerência Administrativa;
- 1.3.13.** Controlar o fornecimento de serviços, materiais de consumo e permanente e a emissão dos documentos de acordo com o edital e a referida nota de empenho;
- 1.3.14.** Orientar, supervisionar e zelar pelo uso e guarda adequados de materiais e equipamentos sob sua responsabilidade;
- 1.3.15.** Garantir o registro dos dados assistenciais no AGHU e nos demais sistemas de informação da atenção e vigilância hospitalar;
- 1.3.16.** Zelar para que todos os formulários referentes à assistência do paciente sejam corretamente preenchidos, carimbados e assinados;
- 1.3.17.** Zelar pela organização e guarda dos prontuários médicos e exames durante a internação;
- 1.3.18.** Realizar avaliação de desempenho dos colaboradores estatutários e celetistas, pertencente a sua equipe, conforme normativas internas;
- 1.3.19.** Elaborar escalas mensais de jornada de trabalho dos colaboradores;
- 1.3.20.** Elaborar a programação anual de férias dos colaboradores;
- 1.3.21.** Realizar o controle de frequência dos colaboradores;
- 1.3.22.** Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente da equipe;
- 1.3.23.** Avaliar e autorizar a participação dos colaboradores em eventos de capacitação, comissões e reuniões de interesse do hospital;
- 1.3.24.** Comunicar aos responsáveis pelos postos de trabalho sobre a autorização dada ao colaborador para afastamento do trabalho;
- 1.3.25.** Cumprir e fazer cumprir as normas de saúde e segurança do trabalho, bem como os regulamentos internos da instituição;
- 1.3.26.** Produzir e disponibilizar relatórios de atividades, dados, indicadores e informações concernentes a sua área de atuação;
- 1.3.27.** Atender e prestar informações aos colaboradores do HU sempre que solicitado, objetivando esclarecer dúvidas e procedimentos sobre a sua área de atuação;
- 1.3.28.** Incentivar práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
- 1.3.29.** Inserir alunos da graduação, residência e pós-graduação nas atividades desenvolvidas na unidade assistencial;
- 1.3.30.** E demais atribuições inerentes a função gratificada.

1.4.O regime de trabalho dos nomeados para o exercício da função gratificada será de dedicação integral, com vista ao atendimento das necessidades da empresa.

1.5.As funções gratificadas possuem tabela salarial específica descrita no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas da EBSERH, disponível em [http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/65717/Plano\\_de\\_CC\\_e\\_FG\\_Presidente\\_Diretores\\_Conselheiros\\_EBSERH\\_otubro+de+2016.pdf/e3441893-8422-469b-8296-329c3d453dca](http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/65717/Plano_de_CC_e_FG_Presidente_Diretores_Conselheiros_EBSERH_otubro+de+2016.pdf/e3441893-8422-469b-8296-329c3d453dca)

## 2. DOS REQUISITOS

2.1.Poderão participar deste Processo de Recrutamento Interno, os candidatos que preencham os seguintes requisitos:

2.1.1. Ser empregado ou servidor público, lotado no HU-UFGD, ocupante de cargo/emprego efetivo de nível superior, técnico ou médio;

2.1.1.1. Os candidatos ocupantes de cargo/emprego efetivo nos níveis técnico ou médio deverão ter formação superior completa.

2.1.2. Não tenha sido penalizado por infração disciplinar, em decisão final, antes de dois anos da data de manifestação de interesse neste Processo;

2.1.3. Não seja figurado como acusado em Processo Administrativo Sancionador ou Processo Administrativo Disciplinar em curso na data de manifestação de interesse deste Processo;

2.1.4. Não poderá ter pendências no Banco de Horas, no momento da nomeação, sejam elas positivas ou negativas, ou seja, o Banco de Horas deve está zerado;

2.1.5. Para os candidatos que possuírem dois vínculos públicos, serão observados os critérios legais de acumulação lícita de cargos, empregos e funções públicas.

2.2.Durante o Processo de Recrutamento Interno serão observados:

2.2.1. Tempo de experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde;

2.2.2. Conhecimentos em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública e específico na área de atuação;

2.2.3. Habilidades específicas em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudança;

2.2.4. Características comportamentais ética, proatividade, comprometimento e empatia.

## 3. DA MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE

3.1.A manifestação de interesse em participar do Processo de Recrutamento Interno será realizada, exclusivamente, pelo candidato por meio da entrega de envelope lacrado na Unidade de Administração de Pessoal no horário de 08h às 10h e 14h as 16h, nas datas constantes no cronograma item 7 deste edital.

3.2.O envelope lacrado deverá estar identificado da seguinte forma: PROCESSO SELETIVO INTERNO: (informar nome do candidato e o nome da função gratificada para a qual deseja concorrer), contendo:

3.2.1. **Currículo documentado** contendo informações acerca da formação acadêmica, experiência profissional, participação em cursos de capacitação, e demais informações que considerar relevantes, com as cópias dos documentos que comprovem as informações apresentadas;

3.2.1.1. Para a comprovação da **formação acadêmica**, serão considerados: cópias dos diplomas, certificados de conclusão de curso (de instituições nacionais ou estrangeiras, desde que convalidado por instituição autorizada pelo MEC no Brasil) e certificados de proficiência internacionalmente reconhecidos;

- 3.2.1.2.** Para a comprovação da experiência profissional, serão considerados: Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Portaria de nomeação ou declaração da instituição à qual esteve vinculado;
- 3.2.1.3.** Para a comprovação da participação em cursos de capacitação, serão considerados: cópias dos certificados de conclusão emitidos pela instituição realizadora do curso/evento, contendo a carga horária e devidas assinaturas ou código de autenticação digital.
- 3.2.2. Ficha de Entrevista** com a identificação do candidato e resposta os questionamentos conforme modelo constante na resolução nº 08/2012 da Diretoria Executiva, disponível no ANEXO I deste Edital;
- 3.2.3. Termo de Compromisso e Responsabilidade** atestando a ciência e concordância com os termos do presente edital e a veracidade das informações apresentadas, conforme formulário padrão disponível ANEXO II;
- 3.3.** As inscrições serão recebidas até o prazo estabelecido no cronograma constante do item 7 deste Edital.

#### 4. DO RECRUTAMENTO

- 4.1.** Na etapa de recrutamento será realizada a análise curricular dos candidatos conforme critérios estabelecidos na Resolução nº 08, de 24 de setembro de 2012 da Diretoria Executiva da EBSERH.
- 4.2.** A etapa de recrutamento tem como finalidade, através da análise curricular e da ficha de entrevista, identificar a qualificação profissional dos candidatos para subsidiar o Colegiado Executivo na seleção dos empregados e/ou servidores públicos que serão nomeados para o exercício das funções gratificadas Chefe da Unidade do Sistema Cardiovascular e Respiratório e Chefe da Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal.
- 4.3.** Para a análise curricular, a pontuação será computada, conforme tabela a seguir:

Critério de Avaliação	10 Pontos	20 Pontos	30 Pontos
Formação superior completa	1 formação	2 formações	+ de 2 formações
Experiência em Gestão de Serviços de saúde	6 meses de experiência	1 ano de experiência	2 anos de experiência
Curso de Formação em Gestão de Sistemas em Saúde	Não possui	Possui	+ de 1 curso de formação
Experiência mínima comprovada em Atenção à Saúde	6 meses de experiência	1 ano de experiência	2 anos de experiência
Curso de Formação em Planejamento e Organização, voltada para a área de atuação	Não possui	Possui	+ de 1 curso de formação
Curso de Formação em Liderança de Equipe	Não possui	Possui	+ de 1 curso de formação

- 4.4.** Não há limite de candidatos por vaga nesta etapa de recrutamento.



4.5.O resultado provisório e final desta etapa será divulgado no Boletim de Serviços do HU-UFGD, conforme o cronograma previsto no item "7" deste Edital, com a respectiva a pontuação obtida pelos candidatos.

## 5. DA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

5.1.A interposição de recurso é a manifestação formal do candidato sobre o resultado da etapa de recrutamento, sob alegação de ocorrência de descumprimento de critérios estabelecidos na Resolução nº 08, de 24 de setembro de 2012 da Diretoria Executiva da EBSERH.

5.2.O recurso tem caráter pessoal, sendo vedada a interposição por terceiros.

5.3.O deferimento do recurso resulta em sua aplicação a todos os participantes da etapa de recrutamento que se enquadrem na situação objeto do recurso, independente de terem recorrido.

5.4.A decisão emitida em relação ao recurso interposto tem caráter irrecurável.

5.5.Os interessados poderão, na data disposta no cronograma, interpor recurso encaminhando requerimento devidamente instruído com as provas pertinentes, para o e-mail [dgp.hugd@ebserh.gov.br](mailto:dgp.hugd@ebserh.gov.br), com o seguinte assunto: Recurso Processo de Recrutamento Interno.

5.6.Os recursos serão avaliados pela Divisão de Gestão de Pessoas.

5.7.Caso haja mudança no resultado decorrente da análise dos recursos será divulgado novo resultado.

## 6. DA SELEÇÃO

6.1.Após a conclusão da etapa de recrutamento, o currículo, a pontuação e ficha de entrevista dos candidatos que atendam aos requisitos de participação serão encaminhados ao Colegiado Executivo para a seleção de 03 (três) candidatos por função gratificada, em conjunto com a chefia imediata, conforme inc. V do art. 2º da Resolução nº 08/2012 da Diretoria Executiva da EBSERH os quais serão apresentados à Diretoria de Gestão de Pessoas, para os procedimentos de nomeação dos indicados.

6.1.1. A critério do Colegiado Executivo, os candidatos poderão ser convocados para a realização de entrevista presencial.

6.2.Dentre os 03 (três) candidatos selecionados, o Colegiado Executivo indicará 01 (um) candidato por função gratificada para nomeação, o qual, em se tratando de cargo comissionado de livre nomeação e exoneração, conforme Inc. II do art. 37 da Constituição Federal, justificadamente, poderá ou não ser o candidato que obtiver maior pontuação na análise de currículo.

6.3.Caso não haja outros candidatos que atendam aos requisitos mínimos para preenchimento do cargo (item 2), poderá, justificadamente, ser selecionado somente 01 (um) candidato para a função gratificada pretendida conforme art. 5º da Resolução Nº 08 de 24 de setembro de 2012 da Diretoria Executiva.

6.4.No caso de desistência ou exoneração, dentro do prazo de 90 (noventa) dias, a partir da nomeação de empregado ou servidor público para função gratificação a qual se refere este processo, será realizada nova seleção de empregado ou servidor público para a preenchimento da função gratificada pretendida a partir do resultado deste Processo de Recrutamento Interno.

## 7. DO CRONOGRAMA

7.1.O cronograma de execução deste Processo de Recrutamento Interno, observará as datas constantes na tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	DATA
Divulgação do Edital do Processo de Recrutamento Interno	08/08/2018

Período para manifestação de interesse (Envio da documentação exigida)	09 a 15/08/2018
Publicação do resultado provisório	20/08/2018
Período de interposição de recursos contra o resultado	21/08/2018
Divulgação do resultado dos recursos	22/08/2018
Publicação do resultado definitivo	22/08/2018

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1.** A inexistência das afirmativas, a não apresentação ou a irregularidade de documentos, ainda que verificados posteriormente, eliminará o candidato do Processo de Recrutamento Interno, anulando-se todos os atos decorrentes da inscrição, sem prejuízo das sanções penais aplicáveis à falsidade da declaração.
- 8.2.** Os casos omissos, bem como as dúvidas surgidas na aplicação deste Edital, serão dirimidos, em grau de recurso pela Divisão de Gestão de Pessoas.

**Ricardo do Carmo Filho**

**GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**APROVAR**

### PORTARIA N. 21, DE 07 DE AGOSTO DE 2018

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Triagem Nutricional em paciente adulto/idoso do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional</b>	<b>Protocolo nº. 001</b>
<b>Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	
<b>Triagem Nutricional em Paciente Adulto/Idoso</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN.</b>	
<b>Categoria profissional: Profissional de saúde devidamente treinado.</b>	
<b>Linha de cuidado: Adulto e Idoso</b>	
<b>Elaborado por: Cristhiane Rossi Gemelli e Érika Leite Ferraz Libório.</b>	<b>Data de Criação: 13/07/2017</b>
<b>Revisado por: Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Gabriel González Xerez, Larissa Beatriz Andreatta, Marcelo Konorat, Renata Abreu Moreira Coimbra, Renata Dalseco Araújo Machado.</b>	<b>Data de Revisão: 08/08/2017</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 07/08/2018</b>

**OBJETIVO:** Avaliar/Identificar o risco nutricional inicial dos pacientes adultos e idosos admitidos neste hospital para determinar o tipo de intervenção nutricional a ser realizada, contribuindo com a redução da morbimortalidade dos pacientes e reduzindo a média de permanência hospitalar. Realizar triagem em uma via, sendo que esta deve ser disponibilizada no prontuário do paciente.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN); Índice de Massa Corporal (IMC); Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC SCORE); Nutritional Risk Screening (NRS); Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

**DEFINIÇÕES:** Identificar o risco nutricional dos pacientes admitidos nas unidades de internação para determinar o tipo de intervenção nutricional a ser realizada.

**ABRANGÊNCIA:** Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva.

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:** Profissional de saúde devidamente treinado.

**INDICAÇÃO:** A aplicação da triagem é indicada em até 24h da admissão do paciente em nível hospitalar, para sinalizar precocemente pacientes que podem se beneficiar da terapia nutricional.

**CONTRA-INDICAÇÃO:** Não há.

**MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:** Impresso próprio da triagem nutricional, balança, fita antropométrica, estadiômetro e régua antropométrica.

**DESCRIÇÃO DE COMO PROCEDER:** Realizar visita inicial ao paciente e aplicar a triagem nutricional imediatamente após a admissão hospitalar ou eventualmente, no máximo, em até 72 horas após a internação.

Para os pacientes internados nas enfermarias aplicar o questionário específico de triagem nutricional (Nutritional Risk Screening – NRS 2002), composto por questões referentes ao Índice de Massa Corporal (IMC), perda de peso não intencional em três meses, apetite e gravidade da doença.

Para os pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) deverá ser aplicada a triagem NUTRIC SCORE, composto por questões referentes à idade, APACHE II, SOFA, números de comorbidades e dias de internação antes da admissão à UTI.

**Obs:** A triagem nutricional será aplicada em todos os pacientes adultos/idosos com exceção de gestantes e puérperas.

NUTRITIONAL RISK SCREENING 2002 (NRS – 2002)

Avaliação de risco nutricional inicial

**Se houver ao menos uma resposta positiva a qualquer pergunta da Avaliação de risco nutricional inicial, a Avaliação de risco nutricional final deverá ser utilizada.**

**Se todas as respostas da Avaliação de risco nutricional inicial forem negativas, o paciente deverá ser retriado a cada 7 dias até a alta hospitalar.**

	Avaliação de risco nutricional inicial	Sim	Não
1	O IMC é < 20,5 kg/m <sup>2</sup> ?		
2	O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3	O paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana?		
4	O paciente é gravemente doente?		

Avaliação de risco nutricional final

Os pacientes são classificados da seguinte forma:

- Sem risco nutricional, quando o escore for < 3, reavaliar semanalmente;
- Com risco nutricional, quando obtêm somatório  $\geq 3$  pontos.

A quantificação da dieta ingerida é feita em porcentagens de acordo com a ingestão alimentar normal na semana anterior.

Classifica-se o estado nutricional e a gravidade da doença de acordo com as pontuações: (0) ausente, (1) leve, (2) moderada e (3) grave.

A idade acima de 70 anos é considerada como um fator de risco adicional, para ajustar a classificação do estado de risco nutricional deve ser acrescentado um ponto no escore.

Avaliação de risco nutricional final			
Estado nutricional		Gravidade da doença	
Ausente	Estado nutricional normal	Ausente	Paciente sem doença que interfira no estado nutricional e nas necessidades nutricionais.
<b>Escore 0</b>		<b>Escore 0</b>	
Leve	Perda de peso > 5% em 3 meses ou Ingestão alimentar 50 a 75% do normal na semana anterior	Leve	Paciente com doença crônica admitido devido complicações agudas, debilitado, porém sai do leito regularmente.
<b>Escore 1</b>		<b>Escore 1</b>	
Moderado	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC: 18,5 – 20,5 ou CB: P5 – P15* + queda do estado geral ou Ingestão alimentar 25 a 50% do normal na semana anterior	Moderado	Paciente que permanece a maior parte do tempo acamado devido à doença que o levou à internação.
<b>Escore 2</b>		<b>Escore 2</b>	
Grave	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 ou CB: P < 5* + queda do estado geral ou Ingestão alimentar 0% a 25% do normal na semana anterior	Grave	Paciente em terapia intensiva em ventilação mecânica
<b>Escore 3</b>		<b>Escore 3</b>	

<b>Escore total:</b>
<b>Idade: se &gt; 70 anos adicione 1 escore final = Escore total ajustado para idade:</b>
<b>Escore <math>\geq 3</math>:</b> paciente com risco nutricional e um plano nutricional deve ser introduzido
<b>Escore &lt; 3:</b> apenas reavaliar semanalmente. Caso o paciente tenha cirurgia de grande porte planejada, devem-se iniciar cuidados nutricionais preventivos para evitar o risco nutricional associado

Caso o resultado da triagem NRS-2002 indique risco nutricional (Escore  $\geq 3$ ) o nutricionista deve realizar a avaliação nutricional e acompanhar o paciente diariamente.

#### **NUTRITION RISK IN THE CRITICALLY ILL SCORE (NUTRIC SCORE)**

Para realização desta triagem soma-se as variáveis da Tabela 1, e após isso classifica-se a categoria da pontuação em: Pontuação Alta ou Pontuação Baixa, conforme Tabela 2.

**Tabela 1 – Variáveis NUTRIC Score**

<b>Parâmetros</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Idade</b>	< 50	0
	50 - < 75	1
	> 75	2
<b>APACHE II</b>	< 15	0
	15 - < 20	1
	20 - 28	2
	> 28	3
<b>SOFA</b>	< 6	0
	6 - < 10	1
	> 10	2
<b>Nº Comorbidades</b>	0 - 1	0
	> 2	1

Dias de internamento antes da admissão à UTI	0 - < 1	0
	> 1	1

Tabela 2 – Sistema de pontuação NUTRIC Score: IL-6 indisponível

Pontuação	Categoria	Explicação
5 - 9	Pontuação Alta	Associação a piores resultados clínicos. Estes pacientes têm maior probabilidade de beneficiar de uma TN agressiva.
0 - 4	Pontuação Baixa	Estes doentes apresentam baixo risco nutricional.

Caso o resultado da triagem **NUTRIC Score**, seja categorizado na Pontuação Alta o nutricionista deve realizar a avaliação nutricional e acompanhar o paciente diariamente.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S. T. Identificação de Fatores de Risco de Desnutrição em Pacientes Internados. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo. 2011.

MENDES, R.; POLICARPO, S.; VIRELLA, D. Adaptação cultural para Portugal do Nutrition Risk in the Critically Ill. Disponível em: < [http://criticalcarenutrition.com/docs/qi\\_tools/NUTRIC%20Score%20portuguese%20version.pdf](http://criticalcarenutrition.com/docs/qi_tools/NUTRIC%20Score%20portuguese%20version.pdf). Acessado em: 04 de ago. de 2017.

WAITZBERG, D. L.; CARDENAS, T. C. **Manual de Terapia Nutricional em Oncologia do ICESP**. São Paulo: Atheneu, 2011.

WAITZBERG, D. L.; DIAS, M. C. G. **Guia Básico de Terapia Nutricional: Manual de Boas Práticas**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

#### PORTARIA N. 22, DE 07 DE AGOSTO DE 2018

**O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Avaliação Antropométrica e Nutricional em paciente adulto / idoso do Hospital Universitário da

Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.

- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional</b>	<b>Protocolo nº. 002</b>
<b>Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	
<b>Avaliação Antropométrica e Nutricional em Paciente Adulto/Idoso</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN.</b>	
<b>Categoria profissional: Nutricionista.</b>	
<b>Linha de cuidado: Adulto e Idoso</b>	
<b>Elaborado por: Cristhiane Rossi Gemelli; Érika Leite Ferraz Libório; Juliana Nugoli Zago; Thaís Jéssica Reis Forster.</b>	<b>Data de Criação: 10/02/2017</b>
<b>Revisado por: Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Gabriel González Xerez, Larissa Beatriz Andreatta, Marcelo Konorat, Renata Abreu Moreira Coimbra, Renata Dalseco Araújo Machado.</b>	<b>Data de Revisão: 08/08/2017</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 07/08/2018.</b>

**OBJETIVO:** Aferir as medidas antropométricas dos pacientes internados. Avaliar/Identificar o estado nutricional dos pacientes internados. Acompanhar as mudanças nos padrões antropométricos dos pacientes internados.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** Altura do Joelho (AJ); Circunferência do Braço (CB); Circunferência da Panturrilha (CP); Índice de Massa Corporal (IMC).

**DEFINIÇÕES:** A avaliação nutricional representa uma ferramenta importante para subsidiar a proposta de terapia nutricional e monitorar a efetividade da conduta nutricional aplicada, especialmente para pacientes hospitalizados. Dentre os métodos de avaliação nutricional (dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos), as medidas antropométricas (peso e altura) são as mais utilizadas, pois



é considerada um método não invasivo, de baixo custo e fácil aplicação (MELO et al., 2014). Por outro lado a avaliação antropométrica do paciente hospitalizado pode estar comprometida pelas alterações metabólicas oriundas da doença (SILVEIRA et al., 2014).

Por mais que possam existir limitações na avaliação antropométrica, estas medidas são imprescindíveis para o estabelecimento do diagnóstico nutricional e da prescrição dietética ajustada às necessidades nutricionais do paciente (MELO et al., 2014).

**ABRANGÊNCIA:** Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:** Nutricionista.

**INDICAÇÃO:**

**CONTRA-INDICAÇÃO:** Não há.

**MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:** Balança eletrônica, estadiômetro portátil, régua antropométrica, fita métrica inelástica,

**DESCRIÇÃO DE COMO PROCEDER:** Realizar visita ao paciente e aferir suas medidas antropométricas para verificar o estado nutricional do paciente. Aferir as medidas necessárias dos pacientes internados para realizar prescrição nutricional.

#### **TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

##### **Peso**

Equipamento: balança eletrônica.

Técnica: Instalar a balança em superfície plana, firme, lisa e afastada da parede. Ligar a balança antes de o paciente ser colocado sobre ela.

Colocar o paciente no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nesta posição. Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor. Registre o valor mostrado no visor, imediatamente, sem arredondamentos (ex.: 75,2 kg) (LOHMAN et al., 1988).

##### **Estatura**

Equipamento: estadiômetro portátil, composto por parte móvel, escala numérica e ponto de leitura da medida.

Técnica: Posicionar o paciente no centro do estadiômetro, em pé, descalço, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, cabeça erguida olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. Os calcanhares, ombros e nádegas devem ficar em contato com o equipamento. Os ossos internos dos calcanhares, assim como a parte interna dos joelhos devem ficar unidos, formando um ângulo reto com as pernas. Feito isso a parte móvel do equipamento é abaixada com pressão suficiente para comprimir o cabelo, sendo então pedido para que o paciente se retire assim que tiver certeza que a parte móvel do estadiômetro não se moveu, realizando em seguida a leitura da estatura sem soltar a parte móvel do equipamento (BRASIL, 2004; CUPPARI, 2014).

### **Altura do Joelho (AJ)**

Equipamento: régua antropométrica.

Técnica: O paciente deve estar em posição supina ou sentado o mais próximo possível da extremidade da cadeira. Aferir a medida com o joelho do paciente flexionado em um ângulo de 90°. Posicionar a régua antropométrica de modo que a parte fixa do equipamento fique no calcanhar do paciente, e a parte móvel na superfície anterior da perna (na altura do joelho) (ROSA, 2008).

### **Envergadura do Braço**

Equipamento: fita métrica inelástica.

Técnica: solicitar que o paciente retire vestimentas como jaquetas, blusas ou outras que dificultem a extensão do braço. O paciente deve estar de pé, de frente para o avaliador, e de costas para a parede, tronco reto, braços estendidos na altura do ombro, sem flexionar o cotovelo, calcanhares tocando a parede e peso distribuído em ambos os pés. Marcar na parede (com fita adesiva) a distância obtida entre a extremidade distal do terceiro quirodátilo direito e a extremidade distal do terceiro quirodátilo esquerdo (a extremidade final do maior dedo da mão). Registre o valor, imediatamente, sem arredondamentos. Ex: 152,4 cm.

Na impossibilidade de medir toda a extensão dos braços, é possível realizar a medida da distância entre o esterno e a ponta do dedo médio de uma das mãos (hemi-envergadura), e multiplicar o valor obtido por 2 (LOHMAN et al., 1988).

### **Estatuta Recumbente**

Equipamento: fita métrica inelástica.

Técnica: Posicionar o paciente em posição supina com o leito na horizontal completo (180°). Marcar o lençol nos pontos referentes ao topo da cabeça e a base dos pés. Medir com a fita métrica inelástica a distância entre os pontos marcados (ROSA, 2008).

### **Circunferência do Braço (CB)**

Equipamento: fita métrica inelástica.

Técnica: A circunferência do braço representa a soma do tecido ósseo, muscular e gorduroso do braço. Para realizar essa medida, deve-se flexionar o braço em direção ao tronco formando um ângulo de 90°. Localizar e marcar o ponto médio entre o acrômio e o olécrano. Pedir para o indivíduo estender o braço ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa, permanecendo nesta posição. Contorna-se então o braço do indivíduo com fita métrica inelástica, no ponto médio marcado de forma ajustada evitando compressão ou folga da pele, a fim de permitir uma medida fidedigna (TADDEI et al., 2011; CUPPARI, 2014).

### **Circunferência da Panturrilha (CP)**

Equipamento: fita métrica inelástica.

Técnica: com a perna do paciente formando um ângulo de 90 graus com o joelho passe a fita métrica inelástica na parte mais protuberante da panturrilha, em seguida anote a medida no prontuário do paciente (WHO, 1995).

#### Fórmulas de Estimativa de Peso

GÊNERO	RAÇA	EQUAÇÃO
<b>Homens</b>	<b>Branco</b>	
	6-18 anos	$(AJ \times 0,68) + (CB \times 2,64) - 50,08$
	19-59 anos	$(AJ \times 1,19) + (CB \times 3,21) - 86,82$
	60-80 anos	$(AJ \times 1,10) + (CB \times 3,07) - 75,81$
	<b>Negro</b>	
	6-18 anos	$(AJ \times 0,59) + (CB \times 2,73) - 48,32$
	19-59 anos	$(AJ \times 1,09) + (CB \times 3,14) - 83,72$
	60-80 anos	$(AJ \times 0,44) + (CB \times 2,86) - 39,21$
<b>Mulheres</b>	<b>Branca</b>	
	6-18 anos	$(AJ \times 0,77) + (CB \times 2,47) - 50,16$
	19-59 anos	$(AJ \times 1,01) + (CB \times 2,81) - 66,04$
	60-80 anos	$(AJ \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$
	<b>Negra</b>	
	6-18 anos	$(AJ \times 0,71) + (CB \times 2,59) - 50,43$
	19-59 anos	$(AJ \times 1,24) + (CB \times 2,97) - 82,48$
	60-80 anos	$(AJ \times 1,50) + (CB \times 2,58) - 84,22$

Fonte: Chumlea et al., 1998.

#### Fórmulas de Estimativa de Altura

GÊNERO	RAÇA	EQUAÇÃO
		ALTURA ESTIMADA
<b>Homens</b>	<b>Branco</b>	
	6-18 anos	$40,54 + 2,22 \times AJ$ (cm)

	18-60 anos	$71,85 + 1,88 \times AJ$ (cm)
	<b>Negros</b>	
	6-18 anos	$39,60 + 2,18 \times AJ$ (cm)
	18-60 anos	$73,42 + 1,79 \times AJ$ (cm)
<b>Mulheres</b>	<b>Branças</b>	
	6-18 anos	$43,21 + 2,15 \times AJ$ (cm)
	18-60 anos	$70,25 + [1,87 \times AJ$ (cm)] – 0,06 x I (anos)
	<b>Negras</b>	
	6-18 anos	$46,59 + 2,02 \times AJ$ (cm)
	18-60 anos	$68,10 + [1,86 \times AJ$ (cm)] – 0,06 x I (anos)

Fonte: adaptada de Chumlea, 1994.

<b>GÊNERO</b>	<b>IDADE</b>	<b>EQUAÇÃO ALTURA ESTIMADA</b>
<b>Homens</b>	60-90 anos	$64,19 - [0,04 \times I] + [2,04 \times AJ$ (cm)]
<b>Mulheres</b>	60-90 anos	$84,88 - [0,24 \times I] + [1,83 \times AJ$ (cm)]

Fonte: Adaptada de Chumlea, 1985.

### Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC = Peso atual (kg)

Altura<sup>2</sup> (m)

Tabela 1 Classificação do estado nutricional segundo o IMC para adultos

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 16,0	Magreza grau III
16,0 a 16,9	Magreza grau II
17,0 a 18,5	Magreza grau I

18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Pré-obesidade
30 a 34,9	Obesidade I
35 a 39,9	Obesidade II
≥ 40	Obesidade III

Fonte: WHO, 1998.

Tabela 2 Classificação do estado nutricional segundo o IMC para idosos

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 23,0	Baixo peso
≥23,0 <28,0	Eutrofia
≥28,0 a <30,0	Sobrepeso
≥ 30,0	Obesidade

Fonte: OPAS, 2001.

#### **Peso Ideal (WHO, 1985; OPAS, 2001)**

Peso ideal = IMC ideal x (altura)<sup>2</sup>

Sendo:

IMC médio para homens = 22 kg/m<sup>2</sup>

IMC médio para mulheres = 20,8 kg/m<sup>2</sup>

IMC médio Idoso: Mulher 23,5 Kg/m<sup>2</sup>

IMC médio Idoso Homem-25 Kg/m<sup>2</sup>

#### **Peso Ideal para Amputados**

Calcular o peso ideal para as recomendações acima e adicionar a porcentagem de amputado na tabela.

#### **Peso Estimado para Amputados**

Peso corrigido pós amputação = Peso pré amputação / (100% – % amputação) x 100

Tabela 3 Porcentagens desconsideradas para o cálculo do peso em amputações

Membro amputado	Proporção de peso (%) *
Mão	0,8
Antebraço	2,3
Braço até o ombro	6,6
Pé	1,7
Perna abaixo do joelho	7,0
Perna acima do joelho	11,0
Perna inteira	18,6

\* Para amputações bilaterais, as % dobram.

Fonte: MARTINS; RIELLA, 2001.

#### Porcentagem de Mudança do Peso

$$\text{Perda de peso (\%)} = \frac{(\text{peso usual} - \text{peso atual}) \times 100}{\text{peso usual}}$$

Tabela 4 Significado da perda de peso em relação ao tempo

Tempo	Perda significativa (%)	Perda grave (%)
1 semana	1 a 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

Fonte: BLACKBURN et al., 1977.

#### Peso Seco para Pacientes Edemaciados

Peso seco = peso atual – peso resultante do edema (ver quadros abaixo)

Tabela 5 Estimativa de peso de edema

Grau de edema		Peso a ser subtraído
+	tornozelo	1kg
++	joelho	3 a 4kg
+++	raiz de coxa	5 a 6kg
++++	anasarca	10 a 12kg

Fonte: DUARTE; CASTELLANI, 2002.

Tabela 6 Estimativa de peso de ascite e edema

Grau da ascite/edema	Peso ascítico (kg)	Edema periférico (kg)
Leve	2,2	1,0
Moderado	6,0	5,0
Grave	14,0	10,0

Fonte: JAMES, 1989.

### Peso Habitual

É definido como o peso que o indivíduo normalmente apresenta, quando o mesmo encontra-se hígido e exercendo suas atividades habituais. Para pacientes, no geral, é obtido perguntando “Qual o seu peso antes de adoecer?” (ROSA, 2008).

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. Anthropometric standardization reference manual. Human Kinetics: Champaign, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Energy and Protein Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 724, 1985, 206 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, Geneva, 1995. 452 p.

BLACKBURN, G. L.; BISTRAN, B. R. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, v. 1, n. 1, p. 11-22, 1977.

RIELLA, M. C.; MARTINS, C. Nutrição e o rim. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

DUARTE, A. C.; CASTELLANI, F. R. *Semiologia nutricional*. 1. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2002. 115 p.

JAMES, R. Nutritional support in alcoholic liver disease: a review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 2, p. 315-323, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998 (Technical Report Series, n. 894).

Organization WH. *Anales da 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en salud. Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. 2001.

ROSA, G. **Avaliação nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem teórico-prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TADDEI, J.A et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. 640p.

CUPPARI, L. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no adulto**. 3ªed. Barueri, SP: Manole, 2014. 578p.

MELO, A.P.F.; SALLES, R.K.; VIEIRA, F.G.K.; FERREIRA, M.G. Métodos de estimativa de peso corporal e altura em adultos hospitalizados: uma análise comparativa. **Revista Brasileira de Cineantropometria e desempenho humano**, v.16, n.4, p.475-484, 2014.

SILVEIRA, T.M.G.; SOUSA, J.B.; STRINGHINI, M.L.F.; FREITAS, A.T.V.S.; MELO, P.G. Avaliação nutricional e força de aperto de mão de candidatos à cirurgia do trato gastrointestinal. **Arq Bras Cir Dig**. v.27, n. 2, p.104-108, 2014).

#### **PORTARIA N. 23, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Avaliação e Acompanhamento Psicológico com o paciente adulto/idoso em Terapia Nutricional do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**



<b>Procedimento Operacional</b> <b>Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	<b>Protocolo nº. 003</b>
<b>Avaliação e Acompanhamento Psicológico com o Paciente Adulto/Idoso em Terapia Nutricional</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: EMTN</b>	
<b>Categoria profissional: Psicologia</b>	
<b>Linha de cuidado: Adulto</b>	
<b>Elaborado por: Larissa Beatriz Andreatta</b>	<b>Data de Criação: 18/05/2017</b>
<b>Revisado por: Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Cristhiane Rossi Gemelli, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Érika Leite Ferraz Libório, Gabriel González Xerez, Marcelo Konorat, Renata Abreu Moreira Coimbra, Renata Dalseco Araújo Machado.</b>	<b>Data de Revisão: 08/08/2017</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção a Saúde do HU-UFPGD</b>	<b>Data de Aprovação: 07/08/2018</b>

**OBJETIVO:** Avaliar e acompanhar os familiares/responsáveis e o paciente adulto/idoso em terapia nutricional, sob uso de dieta enteral ou parenteral, para identificar seu estado emocional e auxiliar no enfrentamento das dificuldades na intenção de minorar o sofrimento e promover o bem estar humano.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:**

EMTN – Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional

**DEFINIÇÃO:** A alimentação é uma das preocupações fundamentais do ser humano e imprescindível para sua existência. Indo para muito além da ingestão de material nutritivo, a alimentação carrega um significado social e psicológico, pois envolve contato e calor humano, além de vir acompanhada de inúmeros afetos e simbolismos (CEREZETTI, 2009). As pessoas hospitalizadas ou acometidas por doenças e/ou limitações que as impedem de se alimentarem normalmente por via oral, tendem a ser mais vulneráveis ao aparecimento de conflitos emocionais, haja vista que, nesses contextos, as restrições alimentares podem trazer consigo características negativas associadas a fantasias de perda de afeto, de carinho e de atenção (CEREZETTI, 2009). A hospitalização, por si só, traz em seu bojo uma forte tendência à despersonalização, haja vista que rotinas, procedimentos e algumas formas de tratamento são impostas, porém, por vezes, necessárias (ANGERAMI – CAMON, 2003). A provisão de alimentos por sonda, por exemplo, obriga o paciente a se alimentar de uma massa disforme, “ainda que muito mais nutritiva do que sua alimentação anterior. Todavia, essa “massa” não pode mais ser identificada como algo restaurador, uma vez que [...] essa alimentação não tem nenhuma carga de

representação afetiva, não é desejada” (CEREZETTI, 2009, p. 1332). A impossibilidade de fazer da alimentação via oral uma maneira de diminuir a ansiedade, por meio dos atos de mastigar, sugar e se beneficiar do agradável sabor de alguns alimentos, pode submeter o paciente a sentimentos de abandono, desvalia e insegurança, intensificando o estado depressivo (CEREZETTI, 2009). Com vistas a auxiliar no enfrentamento dessas circunstâncias, muitas vezes aversivas e assustadoras para uma gama de pacientes e seus familiares, tem-se que primar pela qualidade de vida deste doente. O psicólogo, em consonância com uma equipe multidisciplinar presente e integrada, com foco no paciente desde o início do seu tratamento, faz com que o paciente e seus familiares sintam-se mais amparados e menos abandonados em suas dores psíquicas. Atento aos aspectos emocionais, o psicólogo, juntamente à equipe multidisciplinar estará proporcionando, mesmo frente à doença, possibilidade de vida com qualidade, gerando bem-estar humano e promovendo a humanização do ambiente terapêutico (CEREZETTI, 2009).

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:** Profissional psicólogo dotado de escuta qualificada e capacitado para a aplicação deste protocolo.

**INDICAÇÃO:** Pacientes em Terapia Nutricional.

**CONTRA-INDICAÇÃO:** Não há.

**PROCEDIMENTOS:**

Realizar visita ao paciente e seus familiares/responsáveis apresentando-se quanto a si e a seu trabalho;

Acompanhar o caso até a alta hospitalar mesmo que não haja grandes demandas e a necessidade de intervenções psicológicas;

Discutir o caso com a EMTN ou com equipe responsável sempre que houver necessidade;

Registrar em prontuário único os atendimentos e as intervenções realizadas ao longo da internação;

Encerrar devidamente o acompanhamento psicológico na alta hospitalar ou no óbito do paciente.

**MÉTODO**

**– Apresentação**

O psicólogo deve apresentar-se ao paciente/familiar/responsável, assim que tomar conhecimento do caso, seja por meio da EMTN, da equipe responsável pelo paciente, por meio de busca ativa ou por solicitação do próprio paciente/familiar/responsável;

Ao apresentar-se, o psicólogo deve se identificar e falar a respeito de sua função de forma compreensível para que possa ser identificado quanto ao seu papel frente ao caso; isto é, o paciente/familiar/responsável deve saber que é o psicólogo que o auxiliará no enfrentamento de possíveis dificuldades emocionais e/ou psicológicas decorrentes da hospitalização ou do adoecimento;

**– Acompanhamento psicológico**

2.1.O psicólogo deve estar frequentemente presente em visitas, atendimentos, intervenções, quando por solicitação do próprio paciente/familiar/responsável e/ou sempre que houver a necessidade de sua presença;

2.2.Mesmo em casos nos quais não haja grandes demandas para o psicólogo, ou seja, quando o paciente/familiar/responsável for extremamente orientado e esclarecido quanto às condutas empregadas no caso; quando não apresentar dificuldades emocionais e psicológicas para lidar com a nova realidade; e/ou quando rejeite, por qualquer que seja o motivo, as intervenções psicológicas possíveis, este profissional deve estar atento à dinâmica do caso para que intervenha quando houver necessidade.

2.3.O psicólogo deve desenvolver um trabalho no sentido de identificar a maneira como estes pacientes/familiares/responsáveis se percebem e se cuidam, bem como, apontar tais maneiras aos pacientes/familiares/responsáveis com vistas a melhorar a autopercepção no processo de adoecimento e tratamento.

2.4. Durante todo acompanhamento psicológico, o psicólogo deve zelar pelo entendimento que o paciente/familiar/responsável possui a respeito do quadro clínico, bem como, das intervenções que estiverem sendo realizadas. Tal clareza de todo o processo facilita no enfrentamento da doença, da nova realidade imposta e melhora, consideravelmente, a comunicação e o vínculo com a equipe.

2.5.O psicólogo deve ser capaz de identificar os aspectos emocionais do paciente/familiar/responsável e fomentar reflexões acerca da expectativa pessoal relativa ao diagnóstico e prognóstico. Tal trabalho proporcionará, mesmo que não imediatamente, a possibilidade de vida também em qualidade e acarretará, conseqüentemente, numa sensação maior de bem estar.

### **3.0 – Discussão dos casos em equipe.**

3.1.O psicólogo deve estar disponível para reuniões, visitas periódicas e sempre que houver a necessidade para discutir os casos com os membros da EMTN ou com a equipe responsável pelo setor onde o paciente encontra-se internado. Tal discussão deve abranger o ponto de vista psicológico, os aspectos emocionais e as principais dificuldades enfrentadas pelo paciente/familiar/responsável relacionadas à terapia nutricional.

3.2.É imprescindível a postura ética e respeitosa do psicólogo quando fizer menção às dificuldades e à história atual e regressa do paciente/familiar/responsável. Ademais, é de suma importância a prática do sigilo, devendo o psicólogo expor somente os conteúdos relevantes e que poderão gerar mudanças positivas no tratamento do paciente.

### **4.0 – Registro em Prontuário**

4.1.O psicólogo deve registrar no prontuário único do paciente, na forma de evolução, todos os atendimentos que forem realizados, as reuniões familiares com a equipe (quando ocorrerem), bem como, toda e qualquer informação considerada pelo psicólogo ou pela equipe como relevante para o andamento do caso. Essas informações podem estar relacionadas a alguma dificuldade acerca da terapia nutricional que, por ventura, a família possa vir a enfrentar após a alta hospitalar.

### **5.0 – Encerramento do acompanhamento psicológico**

5.1.Tendo em vista a alta hospitalar do paciente, o psicólogo deve encerrar o acompanhamento psicológico hospitalar tendo, ao menos tentado, fazer com que o paciente/familiar/responsável encarasse a doença e suas repercussões, de uma maneira menos negativa e complicada, além de ter facilitado a compreensão da doença e sua relação direta ou indireta com a terapia nutricional empregada.

5.2.O psicólogo, juntamente com as equipes responsáveis pelo paciente, deve estar atento aos possíveis encaminhamentos que se fizerem necessários e realizar todas as orientações imprescindíveis que visem o bem estar e segurança do paciente.

5.3.Em caso de óbito do paciente, o psicólogo deve realizar o devido acolhimento, bem como, as devidas orientações aos familiares/responsáveis.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Angerami – Camon, V. A., et al. A psicologia no Hospital. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

Cerezetti Neder, C. R., Aspectos psicológicos do paciente em terapia nutricional. In: Waitzberg, D. L. (org)., Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009; 83:1331-1336.

#### **PORTARIA N. 24, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

#### **RESOLVE:**

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente Cuidados de Enfermagem na Terapia de Nutrição Parenteral do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional</b>  <b>Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	<b>POP nº. 004</b>
---	--------------------

<b>Cuidados de Enfermagem na Terapia de Nutrição Parenteral</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional</b>	
<b>Categoria profissional: Enfermagem</b>	
<b>Linha de cuidado: Paciente adulto/idoso</b>	
<b>Elaborado por: Gabriel Gonzalez Xeres</b>	<b>Data de Criação: 21/07/2017</b>
<b>Revisado por: Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Cristhiane Rossi Gemelli, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Érika Leite Ferraz Libório, Gustavo de Paula Santos, Larissa Beatriz Andreatta, Marcelo Konorat, Renata Abreu Moreira Coimbra, Renata Dalseco Araújo Machado, Tiago Amador Correia.</b>	<b>Data de Revisão: 12/09/2017</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 07/08/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Adair Vasconcelos Reginaldo</b>	

**OBJETIVO:**

Estabelecer diretrizes para atuação da equipe de enfermagem em Terapia Nutricional, a fim de assegurar uma assistência de Enfermagem competente e resolutiva.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:**

CVC – Cateter Venoso Central; COFEN – Conselho Federal de Enfermagem; EMTN - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; TN – Terapia Nutricional; NP – Nutrição Parenteral; TNP – Terapia de Nutrição Parenteral; PAC – Pronto Atendimento Clínico; PICC – Cateter Central de Inserção Periférica; UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

**DEFINIÇÃO:**

Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) – um grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos um profissional médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional (TN), podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério da unidade hospitalar. Terapia Nutricional (TN) – conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou da Nutrição Enteral. Nutrição Parenteral (NP) – solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas. Terapia de Nutrição Parenteral

(TNP) – conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NP. Conservação - é a manutenção em condições higiênicas e sob refrigeração controlada à temperatura de 2°C a 8°C da NP, assegurando sua estabilidade físico química e pureza microbiológica. Emulsão - formulação farmacêutica que contém substâncias gordurosas em suspensão no meio aquoso, em perfeito equilíbrio, estéril e apirogênica. Local de manuseio da NP - bancada, balcão ou mesa utilizada para o manuseio da Nutrição Parenteral antes de sua administração, localizada em área compatível com as condições de higiene e assepsia necessárias à manutenção da qualidade da NP. Manuseio - operação de assepsia do recipiente da Nutrição Parenteral e adaptação do equipo indicado em condições de rigorosa assepsia, para proceder à sua administração.

**RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:**

Médico nutrólogo ou médicos plantonistas de outras especialidades

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:**

A Equipe de Enfermagem envolvida na administração da NP é formada pelo Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, tendo cada profissional suas atribuições dispostas em Legislação específica.

O enfermeiro é o coordenador da equipe de enfermagem cabendo-lhe as ações de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação de serviços de enfermagem e treinamento de pessoal. Compete ao Enfermeiro os cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. É o responsável pela administração da NP e prescrição dos cuidados de enfermagem.

Portanto, o desempenho do enfermeiro e da equipe de Enfermagem tem vital importância na TNP, possibilitando o sucesso dessa terapêutica, por meio de cuidados especializados e observações criteriosas, tanto com relação as reações e respostas do paciente como na prevenção de riscos a eventos adversos, sendo necessário que todos os envolvidos estejam habilitados, familiarizados e treinados, em todos os aspectos, assegurando, com isso, desempenho eficaz perante o paciente, bem como o de toda sua equipe.

A complexidade da TNP exige o comprometimento e a capacitação de uma equipe multiprofissional para garantia da sua eficácia e segurança para os pacientes. Portanto, cabe a Equipe de Enfermagem:

- a) Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referente às boas práticas da Terapia Nutricional;
- b) Implementar ações visando preparar e orientar o paciente e familiares quanto a Terapia Nutricional, seus riscos e benefícios;
- c) Proceder a correta armazenagem do frasco de nutrição visando sua conservação e integridade;
- d) Estabelecer os cuidados específicos com a via de administração;
- e) Cuidados com a administração da nutrição, conferindo: prontuário, rótulo do frasco, nome do paciente, via de administração, volume e horário;
- f) Monitorar o paciente durante o procedimento;

g) Observar sinais e sintomas de complicações mecânicas, metabólicas e infecciosas, e comunicar à equipe Multiprofissional as intercorrências relacionadas à TNP;

h) Proceder as anotações em prontuário do paciente.

i) Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão;

A administração da NP deve ser executada de forma a garantir ao paciente uma terapia segura e que permita a máxima eficácia, em relação aos custos, utilizando materiais e técnicas padronizadas.

#### **INDICAÇÃO:**

- Trato gastrointestinal não funcionando ou contraindicado ou tentativa de acesso enteral fracassada;
- Condições que impeçam o uso do trato gastrointestinal por mais que 7-10 dias em adultos, 5-7 dias em pacientes pediátricos e 1-2 dias em neonatos;
- Quando o aporte enteral é insuficiente a associação com NP é recomendada a após cinco dias de TNE sem sucesso;
- Fístula Gastrointestinal;
- Pancreatite Aguda;
- Síndrome do Intestino Curto;
- Colite ulcerativa complicada ou em período perioperatório;
- Desnutrição com mais de 10% a 15% de perda de peso;
- Necessidades nutricionais maiores que a capacidade de oferta por via oral/enteral;
- Hemorragia gastrointestinal persistente;
- Abdome Agudo/Íleo paralítico prolongado;
- Trauma abdominal requerendo repetidos procedimentos cirúrgicos.

#### **CONTRA-INDICAÇÃO:**

- Quando o risco de NP é julgado excessivo para o potencial benefício;
- Pacientes hemodinamicamente instáveis;
- Insuficiência cardíaca crônica com retenção hídrica (exceto em pacientes com evidente má absorção e a nutrição enteral mostrou-se inefetiva);
- Insuficiência renal crônica sem tratamento dialítico (exceto em pacientes com perda calórico-protéica severa ou com severas alterações gastrointestinais).

#### **MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:**

CVC, PICC, catéter venoso periférico, bomba de infusão, equipo fotossensível, seringas, luvas de procedimento e estéreis, materiais de limpeza e antissepsia, material de curativo, geladeira do setor, prontuários físico e eletrônico; laudos de exames; imagens; relatórios, impressos etc.

**PROCEDIMENTOS:**

PROFISSIONAL	ATIVIDADES
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	a) Por ser considerada uma terapia de alta complexidade, é vedada aos Auxiliares de Enfermagem a execução de ações relacionadas à TNP podendo, no entanto, executar cuidados de higiene e conforto ao paciente.
<b>Enfermeiro</b>	a) Proceder a punção venosa periférica de cateter intravenoso de teflon ou poliuretano, ou cateter periférico central (PICC), desde que habilitado e/ou capacitado para o procedimento de acordo com a Resolução COFEN Nº 260/2001. b) Participar com a equipe médica do procedimento de inserção de cateter venoso central. c) Assegurar a manutenção e permeabilidade da via de administração da Nutrição Parenteral. d) Receber a solução parenteral da farmácia e assegurar a sua conservação até a completa administração. e) Proceder à inspeção visual da solução parenteral antes de sua infusão. f) Avaliar e assegurar a instalação da solução parenteral observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição. Obs: O Enfermeiro é responsável pela administração da TNP. g) responsabilizar-se pelas boas práticas na administração da NP; h) Assegurar que qualquer outra droga, solução ou nutrientes prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da solução parenteral, sem a autorização formal da EMTN. i) Prescrever os cuidados de enfermagem inerentes a TNP. j) Detectar, registrar e comunicar a EMTN ou ao médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa. k) Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e a evolução do paciente, quanto aos dados antropométricos, peso, sinais vitais, balanço hídrico, glicemia, entre outros.



<b>Técnico em Enfermagem</b>	<p>a) Promover cuidados gerais ao paciente de acordo com a prescrição de enfermagem, prescrição médica, ou protocolo pré-estabelecido;</p> <p>b) Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência advinda da TNP;</p> <p>c) Proceder o registro das ações efetuadas, no prontuário do paciente, de forma clara, precisa e pontual.</p>
------------------------------	---

A TNP pode ser administrada por via periférica ou central conforme a osmolaridade da solução.

#### **Administração de NP por cateter venoso periférico**

- Cateteres periféricos não são indicados para infusão de nutrição parenteral com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L;
- O cateter deve estar em veia calibrosa, localizada em braço ou antebraço, e deve ser exclusivo para a NP.
- A inserção dos cateteres venosos deve ser considerada um procedimento cirúrgico com toda a técnica asséptica;
- Utilizar filme transparente estéril para curativo do cateter venoso periférico.
- Avaliar local da punção periodicamente para sinais de extravazamento e flebite.
- O local de punção endovenosa deve ser rodziado a cada 48 horas e a utilização do braço contralateral para a próxima punção deve ser considerada para reduzir a incidência de flebite.

#### **Administração de NP por cateter venoso central**

- É indicada para soluções que tem osmolaridade maior que 900 mOsm/L.
- Utiliza-se veia central de grosso calibre e alto fluxo sanguíneo, tais como: veias subclávias e jugulares. Está contraindicada a femoral pelo risco de infecção.
- Pode ser administrado através de CVC de curta permanência, semi-implantável, implantável ou cateter central de inserção periférica (PICC).
- É necessário Rx de tórax confirmando a posição do cateter antes de se iniciar a infusão de NP.
- A via de administração deve ser utilizada exclusivamente para a infusão de NP. As exceções deverão ser discutidas com a equipe que está assistindo o paciente ou EMTN.
- No caso de pacientes com rede venosa periférica prejudicada ou inviável, a disponibilização do uso de umas das vias do CVC de duplo ou triplo lúmen pra outras finalidades fica a critério da equipe médica (nos CVC de duplo ou triplo lúmen, deve-se manter uma das vias exclusivamente para infusão da NP, dando preferência a via distal);

- Avaliar condições do acesso venoso central diariamente, comunicar equipe médica sobre possíveis problemas relacionados ao cateter (complicações mecânicas ou inflamatórias/infecciosas: hiperemia na inserção do cateter, saída de secreção, infusão prejudicada/obstrução?, tracionamento do cateter);
- Realizar curativo do CVC conforme rotina institucional.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

Retorno gradual e o mais precoce possível à alimentação oral.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

BERMEJO, C.S; FISBERG, M. Nutrição parenteral: indicações e contra-indicações / J. bras. med;81(1):101-3, jul. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria MS/SNVS nº 272, de 8 abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 23 abr. 1998.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

CIOSAK, S.I; MATSUBA, C.S.T; OLIVEIRA, M.R.F. Cuidados de Enfermagem na Nutrição Parenteral. In: WAITZBERG, D.L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica / Dan L. Waitzberg. – 5. Ed – Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

CHAGAS, F.P. et al. Cuidados de Enfermagem na Nutrição Parenteral (NP). In: CARUSO, L.; SOUSA, A. B. (Org.). Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 2014. 132p. <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/46775>

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0453/2014: Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Anexo único. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/ANEXO-RETIFICACAO.pdf>

#### **FLUXOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA TNP:**

- Pesquisar o paciente antes de iniciar a terapia e no mínimo uma vez por semana;
- Ao receber a bolsa de NPT, conferir a integridade da embalagem, homogeneidade da solução, presença de partículas, precipitações, alterações da cor antes da instalação e infusão. Não receber, ou devolver a NP caso sejam identificadas irregularidades;
- Retirar a bolsa de NP da geladeira com a antecedência necessária para que a mesma atinja a temperatura ambiente, recomendada para a sua administração;
- Conferir na bolsa de NP os dados: nome do paciente, enfermagem/leito, composição da NP, osmolaridade, via de acesso (central ou periférica), volume total, tempo e velocidade de infusão (taxa de fluxo ou vazão); e realizar a identificação da capa para proteção da luz com estes dados e com o nome do responsável pela instalação da bolsa de NP, data e hora. Registrar em prontuário;

- Manter a bolsa de NP envolta em capa para proteção da luz desde seu recebimento até o término de sua infusão;
- Higienizar as mãos antes e após o manuseio da NP; atenção para o local de manuseio adequado da NP;
- Utilizar equipo fotossensível sem filtro de partículas. O mesmo deve ser trocado juntamente com cada bolsa de NP.
- Utilizar luvas, máscara cirúrgica e técnica asséptica para proceder à instalação da NP. A instalação da NP deve ser realizada obrigatoriamente pelo enfermeiro;
- Não adicionar qualquer substância na bolsa de NP;
- A NP é inviolável até o final de sua administração, não podendo ser transferida para outro tipo de recipiente;
- A NP é infundida em bomba de infusão (BI), de forma contínua, em 24 horas, cumprindo rigorosamente o prazo estabelecido para infusão. É vedado à equipe de enfermagem, a compensação do volume no caso de atraso ou infusão rápida. Recomenda-se a utilização de bombas infusoras adequadas à faixa etária;
- Atenção ao prazo de validade das bolsas de NP: após a instalação, as bolsas são válidas por 24h, devendo ser descartado o conteúdo restante, e registrado em prontuário este volume;
- Manter a infusão contínua de NP durante procedimentos de cirurgia, exames, transporte, banho e outros. Suspendê-la somente por ordem médica;
- Evitar desconexão e interrupções da infusão da NP, pois a abertura do sistema de infusão aumenta o risco de contaminação da solução e de colonização do cateter;
- Nos casos em que houver necessidade de interromper o uso da NP, instalar solução de glicose a 10% na mesma velocidade de infusão da NP;
- Realizar o balanço hídrico durante tratamento com NP. Nas enfermarias, documentar volume infundido a cada 6 horas em folha de controles da unidade;
- Realizar glicemia capilar e esquemas de insulino terapia conforme prescrição médica;
- Observar presença de sinais de hipo ou hiperglicemia; orientar o paciente sobre os sinais / sintomas e orientá-lo a comunicar alguma alteração;
- Observar a pele e mucosas para detectar sinais de desidratação ou hiper-hidratação;
- Anotar apresentação de reações adversas e intercorrências relacionadas à infusão e comunicar equipe médica e serviço de farmácia;
- Verificar sinais vitais conforme rotina da Instituição.

**PORTARIA N. 25, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

**O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

## RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Avaliação Fonoaudiológica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	POP nº 005
<b>Procedimento Operacional Padrão para Avaliação Fonoaudiológica</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional:</b> Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN	
<b>Categoria profissional:</b> Fonoaudiólogos	
<b>Linha de cuidado:</b> Pediátrico, Adulto e Idoso	
<b>Elaborado por:</b> Renata Abreu Moreira Coimbra	<b>Data de Criação:</b> 14/08/2017
<b>Revisado por:</b> Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Cristhiane Rossi Gemelli, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Érika Leite Ferraz Libório, Gabriel González Xerez, Gustavo de Paula Santos, Larissa Beatriz Andreatta, Marcelo Konorat, Renata Dalseco Araújo Machado, Tiago Amador Correia.	<b>Data de Revisão:</b> 12/09/2017
<b>Aprovado por:</b> Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD	<b>Data de Aprovação:</b> 07/08/2018.

**OBJETIVOS:**

- Identificar alterações no processo de deglutição e suas possíveis causas;

- Avaliar a habilidade de proteção das vias aéreas e riscos de broncoaspiração;
- Determinar via de alimentação segura e mais adequada;
- Determinar consistência alimentar segura em caso de possibilidade de dieta por via oral.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** Órgãos fonoarticulatórios (OFAS); Vias aéreas (VAS); Via oral (VO).

**DEFINIÇÕES:**

A deglutição é uma função biológica complexa que envolve estruturas da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. É uma função integrada ao sistema nervoso central que tem como objetivo a condução do conteúdo oral até o estômago de forma eficiente e segura.

A disfagia, ou distúrbio no processo de deglutição, é caracterizada por alterações em qualquer etapa ou entre as etapas da dinâmica da deglutição. É definida como um sintoma de uma patologia de base e pode ser congênita ou adquirida após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico. Está relacionada à prejuízos aos aspectos de nutrição, de hidratação, ao estado pulmonar, ao prazer alimentar e social do indivíduo (Furkim e Silva, 1999).

Avaliação Clínica da deglutição: Consiste em avaliar a dinâmica dos órgãos fonoarticulatórios (OFAS) e das funções em que estão envolvidos (sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala), bem como sua relação com a proteção de vias aéreas durante o processo de deglutição. A avaliação é a base para o planejamento e gerenciamento da via de alimentação do paciente. Possibilita traçar objetivos e estabelecer o tipo de terapia indicada para cada caso.

**RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:** Fonoaudiólogo devidamente treinado para realizar avaliação e traçar condutas de acordo com as alterações encontradas em cada indivíduo.

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:** Fonoaudiólogo

**DESCRIÇÃO DE COMO PROCEDER:**

Como solicitar AVALIAÇÃO: Interconsulta para o serviço de fonoaudiologia.

Indicações para avaliação:

- Diagnóstico de doenças que cursam com a disfagia orofaríngea;
- Intubação orotraqueal prolongada (superior a 48 horas);
- Uso de traqueostomia;
- Pneumonias de repetição;
- Alterações respiratórias;
- Queixas de engasgo e tosse relacionados à alimentação;
- Queixa de estase de alimento;
- Refluxo nasofaríngeo.

#### **MATERIAL/ PESSOAL NECESSÁRIO:**

- Profissional capacitado para aplicação do protocolo: Fonoaudiólogo devidamente treinado;
- Protocolo específico de avaliação;
- Luvas de procedimento, espátula, copo descartável, colher, dieta de teste, espessante alimentar, corante alimentício (azul), estetoscópio e oxímetro de pulso.

#### **ANAMNESE:**

Realizar questionamentos sobre história da queixa incluindo: sintomas prévios e atuais; tratamentos já realizados e em andamento; comorbidades associadas ao quadro; condições gerais de saúde; via de alimentação; consistência alimentar e utensílios utilizados; características das funções orais e demais informações que forem julgadas como relevantes pelo avaliador e pelo informante.

#### **Avaliação:**

- Averiguar nível de consciência e nível de alerta;
- Observar monitorização dos sinais vitais e da respiração;
- Avaliar a comunicação utilizada;
- Verificar a compreensão dos comandos;
- Avaliar tônus, mobilidade, sensibilidade e funcionalidade das estruturas estomatognáticas (face, lábios, bochechas, mandíbula, arcada dentária, língua, palato, faringe e laringe);
- Avaliar função de sucção;
- Avaliar função de mastigação;
- Avaliar função de deglutição: pastoso, líquido e sólido (escolher as consistências e utensílios a serem utilizados conforme queixas e capacidades relacionadas ao indivíduo avaliado);
- Avaliar mecanismo de proteção das vias aéreas (VAS);
- Associar ausculta cervical aos achados clínicos;
- Avaliar manobras e posturas facilitadoras da deglutição.

#### **Classificação**

- Deglutição normal
- Disfagia fase preparatória-oral,
- Disfagia fase faríngea,
- Disfagia fase esofágica.

#### **Conduas e encaminhamentos**

Realizar condutas de acordo com os dados encontrados em avaliação:

- introduzir e/ou realizar transição da dieta (de via alternativa - enteral ou parenteral - para via oral (VO) ou de VO para via alternativa);
- realizar terapia fonoaudiológica;
- solicitar, se necessário, interconsultas;
- realizar encaminhamentos para exames complementares, quando for necessário.
- discutir casos com a equipe multiprofissional responsável.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MARCHESAN IQ. O que se considera normal na deglutição. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; c2003.

FURIA CLB. Disfagias mecânicas. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Editora Roca; 2004. p. 386-404

FURKIM. A.M; SILVA.R.G. Conceitos e implicações para a prática clínica e para a classificação da disfagia orofaríngea neurogênica. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. 2 ed. São Paulo: Frôntis Editorial. 1999.

DOUGLAS.C.R. Fisiologia da deglutição. In Tratado de fisiologia aplicada à fonoaudiologia. São Paulo: Robec. 2002. Cap 25. p.371-387.

FURKIM. A.M; Disfagia orofaríngea neurogênica. In: MARCHESAN IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap 11, p. 121-132.

PADOVANI, Aline Rodrigues, et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [online], 2007, vol. 12, p. 199-205.

WAITZBERG, D. L.; CARDENAS, T. C. Manual de Terapia Nutricional em Oncologia do ICESP. São Paulo: Atheneu, 2011.

#### PORTARIA N. 26, DE 07 DE AGOSTO DE 2018

**O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Cuidados de Enfermagem na Terapia de Nutrição Enteral do Hospital Universitário da Universidade

Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.

- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional Padrão (POP) - Assistencial</b>	<b>Protocolo nº. 006</b>
<b>Cuidados de Enfermagem na Terapia de Nutrição Enteral</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional</b>	
<b>Categoria profissional: Enfermagem</b>	
<b>Linha de cuidado: Paciente adulto/idoso</b>	
<b>Elaborado por: Renata Dalseco Araújo Machado</b>	<b>Data de Criação: 02/10/2017</b>
<b>Revisado por: Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Cristhiane Rossi Gemelli, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Érika Leite Ferraz Libório, Gabriel González Xerez, Larissa Beatriz Andreatta, Marcelo Konorat, Renata Abreu Moreira Coimbra.</b>	<b>Data de Revisão: 12/12/2017</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFPGD</b>	<b>Data de Aprovação: 07/08/2018.</b>

**OBJETIVO:**

Estabelecer diretrizes para atuação da equipe de enfermagem em Terapia Nutricional, a fim de assegurar uma assistência de Enfermagem competente e resolutiva.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:**

TGI – trato gastrointestinal; DND – Departamento de Nutrição e Dietética; EMTN - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; NE – Nutrição Enteral; TNP – Terapia de Nutrição Parenteral; RHA – Ruídos Hidroaéreos; SaO<sub>2</sub> – Saturação de oxigênio; OMS – Organização Mundial de Saúde;

**ABRANGÊNCIA:**



Protocolo aplicável em todos os setores de internação de pacientes adultos ou idosos que se enquadram nos perfis de indicação de terapia nutricional enteral (Posto 2, Posto 3, Posto 4, PAC, UTI's Adulto).

**RESPONSABILIDADES:**

A enfermagem assiste seu paciente em tempo integral, e preocupa-se em prestar uma assistência livre de danos, pautada em conhecimento, técnica correta e qualidade. Considerando que o aporte nutricional e calórico ideais otimizam a evolução clínica do paciente, a padronização de condutas na assistência nutricional de enfermagem torna-se, então, fundamental para a prestação de cuidados com resultados efetivos.

Um dos principais entraves à adequação do aporte necessário ao paciente se encontram as interrupções na infusão da dieta enteral, e estas ocorrem em até 83% dos pacientes hospitalizados, e se dão por inúmeros fatores: procedimentos diagnósticos, intervenções cirúrgicas, administração gravitacional da dieta (que reduz até 50% o fluxo da mesma), intolerância do paciente, complicações durante a terapia nutricional. As interrupções evitáveis ocorrem em 66% dos casos. Procedimentos diagnósticos e de enfermagem afetam em torno de 27 a 30% <sup>(4)</sup>.

Nesta visão, este protocolo visa trazer informações atualizadas e discutidas, e então padronizadas levando-se em conta as resoluções (272/1998 e 63/2000) referentes às Boas Práticas de Administração de Nutrição Enteral e Parenteral.

A equipe de enfermagem envolvida na administração da nutrição enteral deve conhecer este protocolo.

Todos os funcionários devem ser instruídos e incentivados a reportar aos seus superiores imediatos quaisquer condições relativas ao ambiente, equipamento ou pessoal que considerem prejudiciais à qualidade da nutrição enteral.

**DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

PROFISSIONAL	ATIVIDADES
--------------	------------

<b>Enfermeiro</b>	<p>Coordena a equipe de enfermagem, cabendo-lhe as ações de planejamento, organização, coordenação, execução, avaliação de serviços de enfermagem, treinamento de pessoal e prescrição de cuidados de enfermagem ao paciente.</p> <p>Participa do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração da nutrição e controle do paciente.</p> <p>É responsável pela administração da nutrição e prescrição dos cuidados de enfermagem em nível hospitalar e ambulatorial</p>
<b>Técnico em Enfermagem</b>	<p>a) Administra a nutrição enteral, assim como é responsável pelos registros e observações pertinentes a esta tarefa, considerando as possíveis intercorrências e complicações, informando ao seu supervisor enfermeiro.</p>

#### DEFINIÇÕES:

Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) – um grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos um profissional médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional (TN), podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério da unidade hospitalar.

Terapia Nutricional (TN) – conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou da Nutrição Enteral.

Nutrição Enteral (NE) – [alimento](#) para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime [hospitalar](#), ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

#### Indicações da NE:

- Para manutenção ou recuperação do estado nutricional, naqueles indivíduos que apresentarem o trato gastrointestinal íntegro para o processo digestório, mas com a ingestão oral parcial ou totalmente comprometida

#### Contra-indicações da NE

- Quando as complicações potenciais superam os benefícios
- Instabilidade hemodinâmica
- Ausência de trânsito intestinal
- Fístula jejunais e de alto débito
- Sangramento gastrointestinal

## PLANEJAMENTO DA TERAPIA NUTRICIONAL

O planejamento da terapia nutricional envolve uma equipe multidisciplinar, baseia-se em condições clínicas do paciente, anatomia do TGI e cirurgias anteriores, motilidade do TGI e previsão do uso da terapia nutricional.

A administração de dieta por via enteral ou parenteral deve ser prescrita pelo médico.

A escolha do tipo de dieta fica a critério do médico responsável pelo paciente e da DND.

## NUTRIÇÃO ENTERAL E GÁSTRICA

### 1. Técnica de Inserção Padronizada

Técnica manual à beira do leito:

- Lavar as mãos e separar material (sonda com marcação radiopaca se for enteral), fita para fixação, lidocaína para lubrificar, seringa de 10 ml, estetoscópio.
- Decúbito elevado com pescoço flexionado.
- Medir a sonda (nariz → orelha → processo xifóide), acrescentar em torno de 5 a 8 cm e marcar o ponto delimitado.

Na literatura há diversidade de pontos recomendados como referência para se estabelecer o comprimento a ser introduzido e alocar a sonda em estômago<sup>(1)</sup>. Progredir sondas gástricas de 5 a 8 cm além do processo xifóide evita que a sonda fique localizada acidentalmente no esôfago.

- Introduzir a sonda no sentido cranial para trás e para baixo.
- Proceder à fixação.
- Confirmar a localização pela radiografia abdominal (grau B).

A suspeita do posicionamento correto da sonda pode ser realizada através da ausculta do ruído, utilizando a seringa; mas este método não pode ser confirmado pelo mesmo, assim como a aspiração de conteúdo presente.

Segundo estudos recentes, autores enfatizam que uma pequena proporção de sondas que foram confirmadas pelos enfermeiros como estando no estômago, através da ausculta de ruído, estavam na verdade no piloro ou no esôfago (detectadas assim pela radiografia). Em alguns casos, menos frequentes, mas reais, havia presença da sonda no brônquio D; confirmadas anteriormente como sendo no estômago<sup>(2)</sup>.

*“...é necessário ressaltar que o método considerado padrão ouro para confirmação do posicionamento do tubo gastrointestinal ainda é, somente, obtido através da radiografia, onde é possível a visualização completa do curso do dispositivo.”*

(Bankhead et al, 2009)

## 2. Administração Enteral e Gástrica

A equipe de enfermagem deve atender a um alto nível de higiene, sendo orientada para a correta lavagem das mãos e retirada de joias e relógio antes de operacionalizar a administração da NE.

A dieta é distribuída nas enfermarias pela DND, conforme prescrição médica ou do nutricionista, em horários padronizados ou individualizados. A aceitação do paciente deve ser observada e anotada pela equipe de enfermagem, o horário anotado e checado na prescrição.

Os frascos de NE são encaminhados pela DND a cada três horas durante o dia, mantendo-se uma pausa noturna variável conforme necessidade do paciente. A DND realiza periodicamente o mapa de horários e fracionamentos.

Os horários de administração devem ser anotados na prescrição, pelo enfermeiro, da mesma forma que os horários de medicação.

O horário pode ser individualizado para pacientes com alimentação por via oral concomitante, com o objetivo de melhorar a aceitação das refeições, e em outras situações específicas. Discutir os casos com o nutricionista da enfermaria.

Abaixo segue norteador das atividades da enfermagem no manejo da dieta enteral.

### a. Cuidados na Conservação:

- A conservação da NE após recebimento na enfermaria é responsabilidade do enfermeiro (Resolução No 63/2000).
- A validade da NE, após a manipulação pela DND, é de 24 horas, se adequadamente conservada em geladeira (4 a 8 oC).
- Em nenhum caso a NE poderá permanecer em temperatura ambiente no posto de enfermagem.
- A validade, em temperatura ambiente, é de quatro horas, incluindo o tempo de administração.
- Após abertura do frasco de NE (sistema fechado), o prazo de validade é de 24 a 48 horas (seguir a recomendação do fabricante).
- O frasco de NE, em sistema aberto ou fechado, é inviolável até o final de sua administração (Resolução RCD No 63/2000).

### b. Cuidados na Identificação:

- Do rótulo: nome do paciente, leito, data de manipulação, volume e fórmula, horário, confirmando estes dados na prescrição médica e no mapa de fracionamento.
- Do aspecto da NE, detectando alterações como a presença de elementos estranhos; observar a integridade do frasco;

- Caso sejam detectadas alterações no frasco, na solução ou no rótulo, devolver o frasco à DND, registrando o ocorrido.
  - c. Cuidados na Infusão:**
    - Após lavagem das mãos, utilizar luvas de procedimento para manipular a sonda.
    - Verificar a via de administração e formulação na prescrição médica.
    - Utilizar o equipo próprio, trocado a cada 24 horas e fornecido diariamente pela DND.
    - O paciente acamado deverá ser mantido em decúbito elevado (Fowler 30-45º) durante toda infusão da NE e 30 minutos após<sup>8</sup>
    - No paciente intubado ou traqueostomizado, verificar se o cuff da cânula traqueal está adequadamente insuflado: em ventilação mecânica, não deverá haver escape de ar na inspiração. Se necessário, insuflar o cuff com técnica padronizada<sup>8</sup>. Proceder aos testes de verificação de posicionamento da sonda, antes da infusão caso tenha-se dúvida.
    - A avaliação de volume residual gástrico não é uma rotina e nem recomendado, por isso em caso de necessidade deve ser prescrito pelo enfermeiro ou médico.<sup>9,10,11</sup>
    - Cada frasco, em sistema aberto, deve ser administrado em 60 a 120 minutos ou conforme prescrição médica, dietética ou de enfermagem.
  - d. Interrupção:**
    - Em se falando de procedimentos - o mínimo possível de interrupções, ou seja, apenas nos casos em que seja estritamente necessário, onde o risco de aspiração de conteúdo gástrico seja iminente, devido ao aumento de pressão sobre a região abdominal e/ou gástrica associada a um decúbito menor que 30º
    - Pausar quando submeter o paciente à ventilação mecânica não invasiva<sup>11</sup>;
    - Pausar em caso de vômitos, e em seguida comunicar a supervisão de enfermagem e nutricionista
    - Não é necessário "Pausa Noturna".
    - Comunicar jejum ou pausa prolongada de dieta ao DND, para controle
  - e. Pós-Infusão:**
    - Para diminuir o risco de infusão acidental em via venosa, não se deve nunca administrar a fibra ou água para hidratação com equipo de soro.
    - Ao término de cada frasco de NE, infundir água, utilizando o equipo, para evitar estase da fórmula no mesmo. Um frasco de água filtrada é encaminhado diariamente para este fim para cada paciente, pela DND, que tem o objetivo de hidratar do paciente conforme prescrição médica, no intervalo entre os frascos de NE. O volume administrado deve ser anotado na folha de controles do paciente (Balanço Hídrico), em "Ganhos".
    - Em caso de infusão contínua da NE em sistema fechado, verificar a localização da sonda e lavar a mesma com a água encaminhada pela DND ou 20ml de água filtrada, de 6 em 6 horas
    - Em caso de infusão intermitente, fazer flush de 20 ml de água filtrada antes e após a dieta.
  - f. Medicamentos**
    - Para orientações sobre medicamentos por sonda enteral, ver protocolo do farmacêutico na EMTN.
    - Quando o acesso enteral é utilizado para dietas e medicações, deve ser realizado um flush de 20 a 30 ml de água antes e após a administração de medicamentos. \*Informar-se sobre as condições do paciente quanto ao volume a ser administrado
- 3. Monitorização da Enfermagem**

- O acompanhamento e avaliação da alimentação do paciente fazem-se desde a internação até a alta deste. A monitorização inclui:
- Controle semanal do peso do paciente; a altura deve ser verificada no momento da admissão, sempre que possível;
- Sinais vitais, conforme rotina;
- Controle glicêmico
- Controle do volume de NE administrado em 24 horas;
- Diurese (volume e aspecto);
- Balanço hídrico;
- Controle do débito de ostomias e fístulas digestivas,
- Exame físico com especial atenção à hidratação e à propedêutica abdominal: distensão, RHA, dor e etc; pesquisar queixas de sede, fome e anorexia, que podem indicar oferta calórica e hídrica inadequada.
- Frequência das evacuações. A cada evacuação, observar e anotar, na folha de controles:
- consistência (fezes formadas = F, semipastosas = SP, pastosas = P, semilíquidas = SL ou líquidas = L)
- quantidade (exemplo: +/++++).
- Detecção de distúrbios gastrointestinais e complicações;
- Aceitação da alimentação oral quando associada à NE.
- Estimular a ingestão oral sempre que possível, registrando com precisão a aceitação do cliente. Com o aumento da ingestão oral, a NE por sonda pode ser gradativamente diminuída, de acordo com a prescrição médica ou dietética.

O jejum para procedimentos constitui uma das principais causas de um aporte calórico-protéico inadequado<sup>7</sup>. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental no controle deste problema e do desperdício de NE associado.

#### **4. Conduas frente às complicações relacionadas à dieta**

As condutas preventivas e corretivas frente às complicações tornam-se imprescindíveis para otimizar a nutrição do paciente e seu conforto.

##### **a. Vômitos, regurgitação, distensão abdominal**

Fazer uma pausa na administração da NE e pesquisar possíveis causas: verificar as condições de administração da NE e da água para hidratação; volumes muito grandes, administrados muito rapidamente, podem provocar estes problemas; verificar a posição da sonda; o seu deslocamento para o esôfago pode provocar regurgitação e vômitos. Identificar causas não relacionadas a NE, como medicamentos, tubos traqueais, etc.

Em caso de vômitos:

- anotar a frequência, quantidade estimada e aspecto;
- quando necessário, realizar aspiração da orofaringe e traqueia;
- medicar o paciente conforme prescrição médica;

Comunicar o médico responsável.

Comunicar nutricionista e lactário se houver suspensão da dieta até o próximo período de administração da mesma.

Em caso de interrupção da NE por causa de um evento isolado, não se esquecer de reavaliar o paciente ou solicitar nova avaliação médica para reiniciar a NE logo que possível.

Administrar a NE à temperatura ambiente, em fluxo lento e regular, em bomba de infusão.

Manter adequado posicionamento do paciente (30° a 45°).

Um episódio isolado de refluxo, regurgitação ou vômito não é indicação de suspensão da NE mas de cuidados redobrados na sua administração e monitoração, reduzindo desta forma o risco de aspiração.

O acesso enteral deve ser monitorado sempre que houver a passagem da sonda enteral, após episódio de vômitos e tosse, sinais sugestivos de exteriorização e sintomas repentinos de desconforto respiratório ou  $\downarrow$  SaO<sub>2</sub><sup>7</sup>.

#### **b. Diarreia**

Segundo OMS é a ocorrência de três ou mais evacuações líquidas ou semilíquidas em moderada a grande quantidade em 24 horas.

Causas são múltiplas: infusão rápida, medicamentos, hipoalbumemia, desnutrição, gastroenterocolite, inadequação da fórmula, contaminação da fórmula, etc. Esta última é um evento raro, já que são utilizadas, no HU, fórmulas industrializadas líquidas adequadamente manipuladas na central.

Não se deve suspender a NE, o médico e o nutricionista devem ser comunicados.

Monitorar atentamente a hidratação do paciente.

#### **c. Cólicas**

Este problema é freqüente com a NE e pode ser relacionado à intolerância apresentada pelo paciente (gastroparesia, diarreia, distensão abdominal), ou pelo aporte calórico - protéico abaixo das necessidades do paciente.

Administrar a NE à temperatura ambiente, em fluxo lento e regular.

Comunicar o médico responsável e o nutricionista que poderá prescrever outra formulação da NE, caso seja necessário.

Medicar o paciente de acordo com a prescrição médica.

#### **d. Constipação**

Segundo os critérios de Roma III para constipação funcional, são considerados 6 sintomas: menos de 3 evacuações por semana, esforço ao evacuar, presença de fezes endurecidas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou interrupção da evacuação e manobras manuais para facilitar a evacuação. São considerados constipados aqueles que apresentam dois ou mais desses sintomas, no mínimo em 1/4 das evacuações, referidos por pelo menos 3 meses no último ano.<sup>12</sup>

A constipação pode ser relacionada a uma dieta pobre em fibras, à desidratação, à diminuição da prensa abdominal.

Solicitar avaliação do nutricionista para adequação da fórmula e do médico para prescrição de laxantes se necessário.

Monitorar e registrar adequadamente as evacuações.

#### **e. Lesões por dispositivo (SNE e SNG)**

Verificar a possibilidade de introduzir a sonda na outra narina, em caso de lesão por pressão do dispositivo

Tratar a lesão conforme orientações da Comissão de lesões do HU-UFGD

Fixar a sonda de forma a impedir o tracionamento da mesma e pressão sobre a pele, adaptando conforme características do paciente.

Trocar a fixação da sonda sempre que esta se mostrar comprimindo a narina.

#### **f. Intercorrências com Gastrostomia**

Utilizar creme protetor de pele, conforme orientação Comissão de Lesões do HU-UFGD.

Curativo rigoroso peri-sonda com SF 0,9%.

Manter área seca.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. MALTA, Monica Alexandre; CARVALHO-JUNIOR, Antonio Franco de; ANDREOLLO, Nelson Adami e FREITAS, Maria Isabel Pedreira de. Medidas antropométricas na introdução da sonda nasogástrica para nutrição enteral empregando a esofagogastroduodenoscopia. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [online]. 2013, vol.26, n.2, pp.107-111. ISSN 0102-6720. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000200007>. - acessado em 20 março de 2017
2. BEGHETTO, Mariur Gomes; ANZILIERO, Franciele; LEAES, Dória Migotto and MELLO, Elza Daniel de. Feeding tube placement: auscultatory method and x-ray agreement. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2015, vol.36, n.4, pp.98-103. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54700>. - acessado em março de 2017
3. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al.; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. **Enteral nutrition practice recommendations**. *JPEN J. Parenter Enteral Nutr.* 2009; 33 (2): 122-67.
4. McClave SA, Sexton LK, Spain DA, Adams JL, Owens NA, Sullins MB, et al. **Enteral tube feeding in the intensive care unit: factors impeding adequate delivery**. *Crit Care Med.* 1999;27(7):1252-6.
5. PORTARIA Nº 272, DE 8 DE ABRIL DE 1998
6. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RCD Nº 63, DE 6 DE JULHO DE 2000.



7. [https://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual\\_nutricionista\\_2004-11-02.pdf](https://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual_nutricionista_2004-11-02.pdf)

8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>

9. Singer P, Cohen J. How could we make nutrition in the intensive care unit simple?. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):369-372

10. MEDEIROS, Rosana Kelly da Silva et al. Assistência de enfermagem a pacientes em uso de sonda gastrointestinal: revisão integrativa das principais falhas. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 4, oct. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/288/107>>. Acesso em: 21 outubro de 2017

11. <https://interfisio.com.br/imagens/artigos/2013/Diretrizes-AVM-AMIB-SBPT-2013.pdf>

12. PEREIRA, Cláudia Olsen Matos et al. **Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos**. Revista Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 1, p. 153-162, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/4761/2760> – acesso em 21/01/18

13. ASSIS, Michelli C S de, et al. **Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos**. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(4):346-350.

#### **PORTARIA N. 27, DE 07 DE AGOSTO DE 2018**

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Prescrição Dietética da Nutrição Enteral do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional</b>	<b>Protocolo nº. 007</b>
<b>Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	
<b>Prescrição Dietética da Nutrição Enteral</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional</b>	
<b>Categoria profissional: Nutricionista.</b>	
<b>Linha de cuidado: Infantil / Adulto e Idoso</b>	
<b>Elaborado por: Érika Leite Ferraz Libório</b>	<b>Data de Criação: 05/12/2018</b>
<b>Revisado por: Adair Vasconcelos Reginaldo, Armando Jorge Júnior, Cristhiane Rossi Gemelli, Denize Córdoba Mendonça Reginaldo, Gabriel González Xerez, Larissa Beatriz Andreatta, Marcelo Konorat, Renata Abreu Moreira Coimbra, Renata Dalseco Araújo Machado.</b>	<b>Data de Revisão: 16/01/2018</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 07/08/2018.</b>

**OBJETIVO:** A terapia nutricional enteral (TNE) é indicada quando o paciente apresentar ingestão oral insuficiente, não satisfazendo suas necessidades nutricionais e possuir o trato gastrointestinal parcialmente ou totalmente íntegro (CUPPARI, 2005).

Segundo a RDC nº 63, de 6 de julho de 2000 da ANVISA a TNE deve atender a objetivos de curto e longo prazos:

Curto prazo - Interrupção ou redução da progressão das doenças, cicatrização de feridas, retorno da ingestão alimentar por via oral e melhora do estado nutricional.

Longo prazo - Manter o estado nutricional adequado e reabilitar o paciente em termos físico e social.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) Nutrição Enteral (NE); Resolução da Diretoria Colegiada (RDC); Terapia Nutricional (TN); Terapia Nutricional Enteral (TNE).

**DEFINIÇÕES:** Segundo a RDC/Anvisa nº 63, de 6 de julho de 2000 da ANVISA, define-se:

“Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Prescrição dietética da NE: determinação de nutrientes ou da composição de nutrientes da NE, mais adequada às necessidades específicas do paciente, de acordo com a prescrição médica. ”

**ABRANGÊNCIA:** Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva.

**RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:** Nutricionista.

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:** Nutricionista.

**INDICAÇÃO:** Este procedimento deve ser realizado para todos os pacientes em TNE.

**CONTRA-INDICAÇÃO:** Não há.

#### **DESCRIÇÃO DE COMO PROCEDER:**

O nutricionista deve elaborar a prescrição dietética após o médico indicar e prescrever a TNE seguindo as diretrizes estabelecidas na prescrição médica;

Realizar a avaliação nutricional (seguir PCDT triagem nutricional e avaliação nutricional);

Formular a NE estabelecendo: composição qualitativa e quantitativa (tipo e quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, levando em consideração seu estado nutricional e suas necessidades nutricionais e as condições do trato gastrointestinal), fracionamento segundo horários e formas de apresentação;

A avaliação da prescrição dietética da NE quanto à sua adequação, concentração e compatibilidade físico-química de seus componentes e dosagem de administração, deve ser realizada pelo nutricionista antes do início da manipulação;

Adequar a prescrição dietética sempre que necessário, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva do paciente;

Qualquer alteração na prescrição dietética deve ser discutida com o nutricionista responsável por esta, que se reportará ao médico sempre que envolver a prescrição médica;

Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela EMTN;

Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). **Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000.** Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. 2000. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rcd-n-63-de-6-de-julho-de-2000>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

CUPPARI, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2ªed. Barueri: Manole, 2005.

## ESTABELECE

### PORTARIA N. 28, DE 07 DE AGOSTO DE 2018

**O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

CONSIDERANDO a necessidade de controlar as amostras grátis de medicamentos recebidos, bem como sua recepção, guarda, conservação, dispensação e descarte na forma da RDC 60/2009;

CONSIDERANDO a necessidade de gerenciar o fluxo de pessoas nas dependências do HU-UFGD/EBSERH, com vistas a ampliar a segurança patrimonial e facilitar o acesso aos locais de destino, especificamente no que diz respeito aos locais de atendimento dos representantes comerciais de medicamentos;

CONSIDERANDO que a presente resolução foi devidamente aprovada e registrada sob a ata de nº 11 pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), ocorrida aos 13 de dezembro de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º **Estabelecer** critérios para a distribuição de amostras grátis de medicamentos por empresas registradas na ANVISA, e para o acesso de representantes comerciais de medicamentos às dependências do HU-UFGD/Ebserh.

Art. 2º Designar a **RECEPÇÃO DE INTERNAÇÃO** do HU-UFGD/EBSERH como o espaço público para interação entre representantes comerciais de medicamentos junto aos profissionais de saúde.

§ 1º O atendimento aos representantes comerciais de medicamentos dar-se-á, exclusivamente, na área comum da Recepção de internação, em horário administrativo e em dias úteis.

§ 2º O atendimento será concedido mediante agendamento prévio junto aos serviços de interesse (Unidade de Abastecimento Farmacêutico – UAF; demais áreas interessadas; profissionais médicos e/ou demais profissionais de saúde), através de contato telefônico (67 3410-3000 e solicitar o ramal desejado).

§ 3º Havendo a possibilidade de doação de amostras grátis por representantes, o colaborador que estiver recebendo o Representante comercial deverá, obrigatoriamente, comunicar à UAF, para ciência e recebimento dos mesmos;

§ 4º Não será permitido o acesso dos representantes de medicamentos às dependências do HU-UFGD/EBSERH, sobretudo, junto à **Unidade de Abastecimento Farmacêutico, Unidade de Dispensação Farmacêutica, Unidade de Farmácia Clínica, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTIs (neonatal, pediátrica e adulto), enfermarias (Postos 1, 2, 3 e 4).**

Art. 3º Designar a Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF) como único local de armazenamento e distribuição de amostras grátis de medicamentos.

§ 1º **Somente** serão recebidas amostras grátis de medicamentos **constantes no elenco padronizado do HU-UFGD/EBSERH**, conforme publicação vigente em Boletim de Serviços, devidamente aprovada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/superintendencia/ccne/comissoes/comissao-de-farmacia-terapeutica-cft>>;

§ 2º Para formalização da doação, deverá ser entregue, juntamente aos itens ora doados, Nota Fiscal com natureza da operação “Outras saídas de mercadorias - amostra grátis” ou realizar o preenchimento do formulário constante no Anexo I desta portaria - Termo de distribuição gratuita de amostra(s) grátis;

§ 3º As amostras grátis de medicamentos serão armazenadas na UAF, sob responsabilidade técnica Farmacêutica;

§ 4º Quando o medicamento for caracterizado como termolábil, o mesmo será armazenado em geladeira, de acordo com a especificação do fabricante;

§ 5º As amostras grátis de medicamentos, doados pelos representantes, deverão ser entregues, exclusivamente, na UAF pelos representantes de medicamentos com prévio agendamento;

§ 6º Outras pessoas físicas ou jurídicas que desejarem doar medicamentos ao HU-UFGD/EBSERH, para dispensação aos pacientes atendidos neste hospital, deverão entregá-los à UAF, com prévio agendamento, conforme § 2º, do artigo 2º da presente Resolução;

§ 7º Não será permitido o armazenamento de medicamentos não padronizados nos consultórios de atendimento ambulatorial, salas de prescrição médica e demais salas administrativas do HU-UFGD/EBSERH;

§ 8º O hospital não realizará o descarte de medicamentos não catalogados pela UAF, sendo responsável pelo correto descarte aquele que descumprir o disposto no § 5º, sem prejuízo de demais responsabilidades;

Art. 4º Eventuais amostras de medicamentos encontradas nas dependências do HU-UFGD ensejam a notificação do responsável do serviço para manifestação e providências, sem prejuízo da instauração de procedimento para apuração de responsabilidades do colaborador faltoso.

Parágrafo único – Os casos omissos ou aqueles em que não houver o encaminhamento das amostras grátis às unidades competentes para destinação adequada, serão reportados à respectiva Gerência, bem como à Superintendência, para as devidas providências;

Art. 5º As unidades que possuam qualquer espécie de amostras grátis, quando da publicação desta norma, terão o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação, para realizar a destinação adequada à UAF.

§ 1º Durante o prazo inicial de 30 (trinta) dias, referente ao prazo descrito no *caput* deste artigo, os profissionais que trouxeram as amostras grátis já existentes no HU-UFGD poderão recolhe-las

§ 2º Ao final do prazo inicial de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta portaria, a Chefia responsável pelo serviço/unidade/setor ficará responsável pelo recolhimento e destinação à UAF;

Art. 6º A presente norma visa munir o serviço de Vigilância interna, complementarmente à norma específica, quanto à regulação do acesso de representantes comerciais de medicamentos e de amostras grátis às dependências internas do hospital;

Art. 7º As amostras grátis ou doações de medicamentos que estejam vencidos ou adulterados serão encaminhadas ao Setor de Hotelaria Hospitalar, aos cuidados do Serviço de Gestão de Resíduos, que providenciará o seu recolhimento para descarte e/ou incineração.

Art. 8º A distribuição das amostras grátis de medicamentos, após incorporação aos estoques, serão realizadas do mesmo modo como são distribuídos os demais itens adquiridos pelas vias comuns, ou seja, mediante prescrição médica.

Art. 9º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flavio Sette de Souza**

#### **Anexo I: TERMO DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE AMOSTRA(S) GRÁTIS DE MEDICAMENTOS**

Rua Ivo Alves da Rocha nº 558 - Altos do Indaiá - CEP: 79823-501 - Dourados/MS - Fone: (67) 3410-3037 - CNPJ 07.775.847/0002-78

**TERMO Nº \_\_\_\_/20\_\_**

Pelo presente termo, <**Dados completos do doador ou da empresa**> portador(a) do CPF/CNPJ nº \_\_\_\_\_ ora denominada DONATÁRIO, comparece perante o **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, filial da EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – HU-UFGD/Ebserh, neste ato representado por <**nome completo e cargo junto ao HU-UFGD/EBSERH**> portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, ora denominado HOSPITAL, para distribuir amostras grátis de medicamentos, o que o faz em observância às cláusulas e condições abaixo elencadas.

O DONATÁRIO declara, sob as penas da lei, estar ciente e de acordo com os termos da Portaria nº 28 de 07/08/2018, que estabelece critérios para a distribuição de amostras grátis de medicamentos por empresas registradas na ANVISA, e para o acesso de representantes comerciais de medicamentos às dependências do HU-UFGD/Ebserh.

O DONATÁRIO declara, sob as penas da lei, que a(s) amostra(s) grátis estão registradas e regulares de acordo com os normativos de regência, em especial, da ANVISA.

O DONATÁRIO declara, sob as penas da lei, que a distribuição dos medicamentos abaixo listados é inteiramente GRATUITA, nos termos do art. 1º., inc. II, da RDC ANVISA nº. 60/2009, não gerando qualquer contrapartida por parte dos prescritores ou do HOSPITAL.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE

É vedada a distribuição de amostras grátis de produtos biológicos que necessitem de cuidados especiais de conservação e transporte, conforme registro na ANVISA, nos termos do art. 3º, § 1º, da RDC ANVISA nº. 60/2009.

É vedada a distribuição de amostras grátis de preparações magistrais de medicamentos, nos termos do art. 3º, § 2º, da RDC ANVISA nº. 60/2009.

As amostras grátis de medicamentos devem conter no mínimo 50% da quantidade total de peso, volume líquido ou unidades farmacotécnicas da apresentação registrada na Anvisa e comercializada pela empresa, nos termos do art. 3º, § 5º, da RDC ANVISA nº. 60/2009.

O DONATÁRIO declara, sob as penas da lei, que o processo de fabricação da(s) amostra(s) grátis respeitou as condições aprovadas no registro do medicamento, bem como as diretrizes de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos.

O DONATÁRIO declara, sob as penas da lei, que a(s) amostras grátis apresenta(m) o(s) mesmos mecanismos de rastreabilidade e autenticidade definidos pela autoridade sanitária para os medicamentos originais.

O DONATÁRIO se compromete a adotar os procedimentos para notificações de eventos adversos de medicamentos para a(s) amostra(s) grátis.

O DONATÁRIO se compromete a adotar os mesmos procedimentos de recolhimento de medicamentos para a(s) amostra(s) grátis.

O DONATÁRIO fica cientificado de que pode ser responsabilizado por eventuais danos causados em decorrência da(s) amostra(s) grátis fornecida(s), desde que cabalmente comprovado(s).

Dourados, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
 DONATÁRIO

\_\_\_\_\_  
 HOSPITAL

**GERÊNCIA ADMINISTRATIVA**

**PRORROGAR**

**PORTARIA N. 02, DE 06 DE AGOSTO DE 2018**

**O GERENTE DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, filial da EBSERH**, no uso de suas atribuições legais, considerando os fatos narrados no Processo 23005.001472/2016-19, e com supedâneo na solicitação inserida no Ofício n. 02/2018 – Comissão Sindicância Investigativa, de 3 de agosto de 2018, resolve:

I - **Prorrogar em 30 (trinta) dias** o prazo anteriormente concedido à Comissão, que visa proceder a análise dos fatos narrados no Processo 23005.001472/2016-19, tendo em vista a necessidade da realização de providências essenciais para a conclusão dos trabalhos, assim como os períodos de férias de integrantes da Comissão terem chocado com boa parte do prazo anteriormente concedido, tornando-o insuficiente.

**Paulo César Nunes da Silva**