

EMENDA PARLAMENTAR Nº 39300002
PORTARIA GM/MS 7.492 DE 07 DE JULHO DE 2025
CONTRATO Nº 005/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

FEVEREIRO

2026



EMENDA PARLAMENTAR Nº 39300002
PORTARIA GM/MS 7.492 DE 07 DE JULHO DE 2025
CONTRATO Nº 005/2025

Prestação de contas dos recursos vinculados à Emenda Parlamentar nº 39300002, Portaria nº 7.492 de 07 de fevereiro de 2026, contrato nº 005/2025, referente ao período de dezembro de 2025. Esta prestação foi elaborada com base no plano de trabalho Implementação de Novo Protocolo no Serviço de Oncologia, destinado ao fortalecimento da assistência aos pacientes oncológicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O referido plano tem como finalidade aprimorar a qualidade do cuidado por meio da adoção de protocolos assistenciais padronizados, promovendo maior segurança, efetividade e integralidade no atendimento oferecido à população usuária do SUS.

RAFAELA TINOCO
GERENTE ASSISTENCIAL

FLÁVIO INÁCIO DA SILVA OLIVEIRA
GERENTE DE CONTABILIDADE E FINANÇAS

2026



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Protocolo Cuidados Paliativos.	8
Figura 2 Lista de presença dos treinamentos realizados nos setores.	9



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos	10
Tabela 2 Nº total de dias de internação dos pacientes oncológicos no período x saídas. (dados detalhados disponíveis no Anexo 1).....	10
Tabela 3 Taxa de Reinternação em até 30 dias.....	12
Tabela 4 Taxa de reinternação (dados detalhados disponíveis no Anexo 2).....	12
Tabela 5 Infecção de Sítio cirúrgico nas cirurgias Oncológicas	14



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos.	11
Gráfico 2 Taxa de reinternação (dados detalhados disponíveis no Anexo 2)	13
Gráfico 3 Quantidade de cirurgias oncológicas x Pacientes sob vigilância epidemiológica das Infecções Hospitalares	15
Gráfico 4 Taxa de Infecção em cirurgia oncológica	16



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 Assistência Oncológica e Segurança do Paciente.....	8
2 Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos	9
3 Taxa de Reinternação em até 30 dias	12
4 Infecções de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas	14
4.1 Taxa de ISC em cirurgias oncológicas	14
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXO I.....	21
APÊNDICE A – PROTOCOLOS REVISADOS	24
APÊNDICE B – PRESTAÇÃO DE CONTAS	69



INTRODUÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa desempenha papel fundamental na organização da rede assistencial do município, constituindo-se como o principal hospital responsável pela oferta de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo atendimento de média e alta complexidade à população local e da Região Médio Paraíba. Por ser a única instituição hospitalar do município a prestar assistência pelo SUS em grande parte das especialidades, consolida-se como referência no cuidado integral, assegurando acesso, continuidade assistencial e suporte clínico essencial aos usuários.

No contexto do mês de fevereiro, correspondente ao quarto mês de execução e prestação de contas do Plano de Trabalho vinculado à emenda parlamentar, observa-se a continuidade das ações estruturadas voltadas à qualificação da assistência, com manutenção dos processos implantados e acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais e operacionais. A instituição segue empenhada no aprimoramento contínuo de suas práticas, alinhando-se às diretrizes nacionais de saúde e às políticas públicas vigentes.

Nesse cenário, permanecem em monitoramento indicadores estratégicos que permitem avaliar o desempenho institucional, subsidiar a tomada de decisão e fortalecer a segurança do paciente, dentre os quais se destacam o tempo médio de permanência de pacientes oncológicos, a taxa de reinternação em até 30 dias e o controle de infecções de sítio cirúrgico em procedimentos oncológicos, em consonância com o Protocolo de Diretrizes Nacionais de Assistência Oncológica e o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Dessa forma, o presente relatório, referente ao mês de fevereiro, tem como objetivo apresentar a evolução das ações previstas no Plano de Trabalho, evidenciando a continuidade do alinhamento institucional às boas práticas de gestão e assistência em saúde, bem como o compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa com a qualidade do atendimento, a eficiência dos processos e a consolidação do SUS como instrumento de garantia de um cuidado seguro, resolutivo e humanizado.



1 ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA E SEGURANÇA DO PACIENTE

A assistência oncológica no Brasil é orientada por diretrizes nacionais que preconizam cuidado integral, seguro e baseado em evidências, com foco em diagnóstico oportuno, tratamento adequado e acompanhamento contínuo.

Nesse contexto, os serviços devem estruturar processos com protocolos padronizados, atuação multiprofissional e monitoramento por indicadores, reduzindo variabilidades e qualificando o cuidado, especialmente diante da alta complexidade desses pacientes.

Alinhado ao Programa Nacional de Segurança do Paciente e à RDC nº 36/2013, o uso sistemático de indicadores — como tempo de permanência, reinternação e infecções — subsidia decisões estratégicas e aprimora os resultados assistenciais.

A Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa reforça esse compromisso por meio de práticas seguras, cuidado humanizado e abordagem centrada no paciente, priorizando a redução de riscos, a qualidade assistencial e a melhoria contínua da experiência do paciente e seus familiares.

8

Figura 1: Protocolo Cuidados Paliativos



Fonte: Arquivo SCBM – 2026.

Os treinamentos fortalecem a atuação da equipe multiprofissional, promovendo a aplicação segura dos protocolos assistenciais e o cuidado humanizado, com foco na



empatia, na compaixão e na segurança do paciente oncológico, em consonância com as diretrizes institucionais e do SUS.

Figura 2: Lista de presença dos treinamentos realizados nos setores.

2 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

O Tempo Médio de Permanência (TMP) é um indicador assistencial que expressa a média de dias de internação dos pacientes oncológicos, obtido pela relação entre o total de dias de permanência e o número de saídas no período analisado.

Seu monitoramento permite avaliar a eficiência dos fluxos assistenciais, identificar oportunidades de otimização do cuidado e mitigar riscos associados a



internações prolongadas, como infecções relacionadas à assistência e reinternações evitáveis.

Esse indicador está alinhado às diretrizes nacionais de atenção oncológica e às políticas de segurança do paciente, contribuindo para a qualificação do cuidado, a redução de riscos e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Tabela 1: Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos	< ou igual a 10

O indicador avalia a eficiência do cuidado, o tempo de internação e a resolutividade assistencial. Na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, seu monitoramento contribui para qualificar a assistência, otimizar recursos e prevenir eventos adversos, alinhado às boas práticas de segurança do paciente.

$$\text{Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de dias de internação dos pacientes oncológicos no período}}{\text{N}^\circ \text{ total de saídas de pacientes oncológicos no período}}$$

10

O numerador corresponde aos dias de internação (da admissão à alta, transferência ou óbito) e o denominador ao total de saídas. Nem todas as internações estão relacionadas à doença oncológica, podendo envolver comorbidades.

A meta institucional é $TMP \leq 10$ dias, refletindo o compromisso com a eficiência e a segurança assistencial.

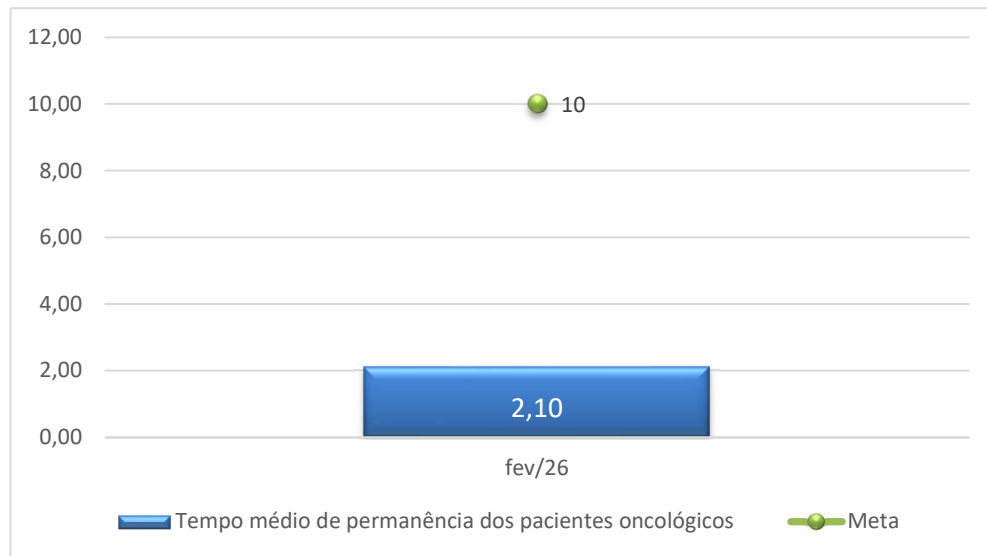
Tabela 2: N° total de dias de internação dos pacientes oncológicos no período x saídas.

COMP	fev/26			
Rótulos de Linha	Soma de RDU_PAC_DIA	Soma de Saída	Med. Permanência	
CIRURGICO		368	196	1,88
CLINICO		353	148	2,39
Total Geral		721	344	2,10

Fonte: Sistema MV



Gráfico 1: Tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos.



No período analisado (fev/26), o tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos foi de 2,10 dias, mantendo-se amplamente abaixo da meta institucional de ≤ 10 dias, o que evidencia desempenho assistencial eficiente e adequado gerenciamento dos leitos.

Foram registrados 721 dias de internação para 344 saídas, demonstrando boa rotatividade e capacidade institucional de promover altas oportunas, sem indícios de permanências prolongadas. Esse resultado reforça a resolutividade do cuidado e a efetividade dos fluxos assistenciais, contribuindo para a otimização da capacidade instalada.

Na análise por setor, observa-se TMP de 1,88 dias na Cirurgia e 2,39 dias no Clínico, sendo este último discretamente superior, possivelmente em função da maior complexidade dos casos e presença de comorbidades. Ainda assim, ambos os resultados permanecem dentro de padrões assistenciais seguros e satisfatórios.

Comparativamente ao período anterior, nota-se leve incremento no TMP (de 1,70 para 2,10 dias), sem impacto negativo no desempenho global, mantendo-se dentro da meta e compatível com o perfil clínico dos pacientes atendidos.

De forma geral, o indicador demonstra desempenho consistente e alinhado às diretrizes de qualidade e segurança do paciente, refletindo a adequada aplicação de protocolos assistenciais, gestão eficiente dos recursos e compromisso institucional com a melhoria contínua do cuidado oncológico.



3 TAXA DE REINTERNAÇÃO EM ATÉ 30 DIAS

A Taxa de Reinternação em até 30 dias mede a proporção de pacientes que necessitam de nova internação hospitalar no intervalo de até 30 dias após a alta, independentemente da especialidade de readmissão. Esse indicador é fundamental para avaliar a qualidade da assistência, a efetividade do plano terapêutico, a segurança do processo de alta e a continuidade do cuidado.

Tabela 3: Taxa de Reinternação em até 30 dias

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Taxa de Reinternação em até 30 dias	< ou igual a 10%

A meta institucional é manter a taxa de reinternação $\leq 10\%$, reforçando o compromisso com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a redução de eventos evitáveis.

$$\text{Taxa de Mortalidade} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de reinternações em até 30 dias no período}}{\text{N}^\circ \text{ total de saídas no mesmo período}} \times 100$$

12

O indicador mede o percentual de pacientes reinternados em até 30 dias após a alta, em relação ao total de saídas no período.

O numerador corresponde às reinternações nesse intervalo, podendo sinalizar fragilidades no cuidado, na alta ou na continuidade assistencial. O denominador inclui o total de saídas hospitalares (altas, transferências e óbitos).

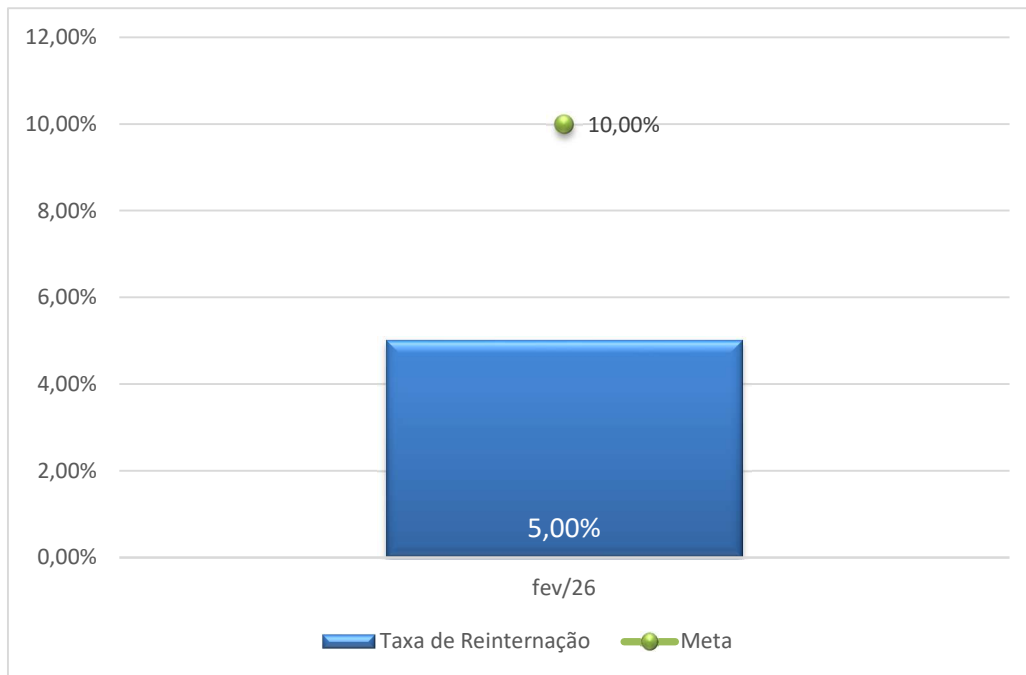
Tabela 4 Taxa de reinternação

Reinternações	
fev/26	
Reinternações	14
Saídas	255
Taxa de reinternação	5%

Fonte: Sistema MV



Gráfico 2: Taxa de reinternação (dados detalhados disponíveis no Anexo 2)



Fonte: Sistema MV

No período analisado (fev/26), a taxa de reinternação em até 30 dias foi de 5%, mantendo-se abaixo da meta institucional de $\leq 10\%$, o que evidencia desempenho assistencial positivo e alinhado às diretrizes de qualidade e segurança do paciente.

Foram registradas 14 reinternações em um total de 255 saídas, indicando boa efetividade do cuidado, planejamento de alta adequado e continuidade assistencial eficiente. O resultado reforça a capacidade institucional de promover desfechos clínicos favoráveis e reduzir eventos evitáveis.

Em comparação ao período anterior, observa-se redução da taxa de reinternação (de 7% para 5%), demonstrando evolução positiva dos processos assistenciais, possivelmente associada ao fortalecimento das práticas de alta segura, acompanhamento multiprofissional e adesão aos protocolos institucionais.

Sob a perspectiva estratégica, o indicador reflete maturidade na gestão do cuidado e na transição assistencial, contribuindo para a otimização de recursos, redução de custos indiretos e melhoria da experiência do paciente.

De forma geral, o desempenho apresentado consolida o compromisso institucional com a qualidade, segurança do paciente e eficiência na utilização dos recursos públicos, mantendo-se em conformidade com as metas pactuadas e as boas práticas assistenciais.



4 INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS ONCOLÓGICAS

Tabela 5: Infecção de Sítio cirúrgico nas cirurgias Oncológicas

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Infecção de Sítio cirúrgico nas cirurgias Oncológicas	< ou igual a 2%

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um dos principais indicadores de qualidade e segurança no ambiente hospitalar, especialmente no contexto cirúrgico, onde estão associadas a piores desfechos clínicos, aumento do tempo de internação e maior consumo de recursos assistenciais. Entre essas, a infecção de sítio cirúrgico (ISC) destaca-se pela sua relevância epidemiológica e pelo impacto direto na recuperação do paciente.

No cenário das cirurgias oncológicas, o risco infeccioso é ainda mais expressivo, considerando fatores como imunossupressão, complexidade dos procedimentos, tempo cirúrgico prolongado e maior exposição a dispositivos invasivos. Esses elementos tornam o paciente mais suscetível a complicações infecciosas, exigindo rigor na aplicação de protocolos de prevenção e vigilância ativa no período pós-operatório.

Dessa forma, o acompanhamento sistemático dos indicadores de infecção permite não apenas avaliar a qualidade da assistência prestada, mas também identificar precocemente desvios e direcionar ações corretivas, contribuindo para a segurança do paciente e melhoria contínua dos processos assistenciais.

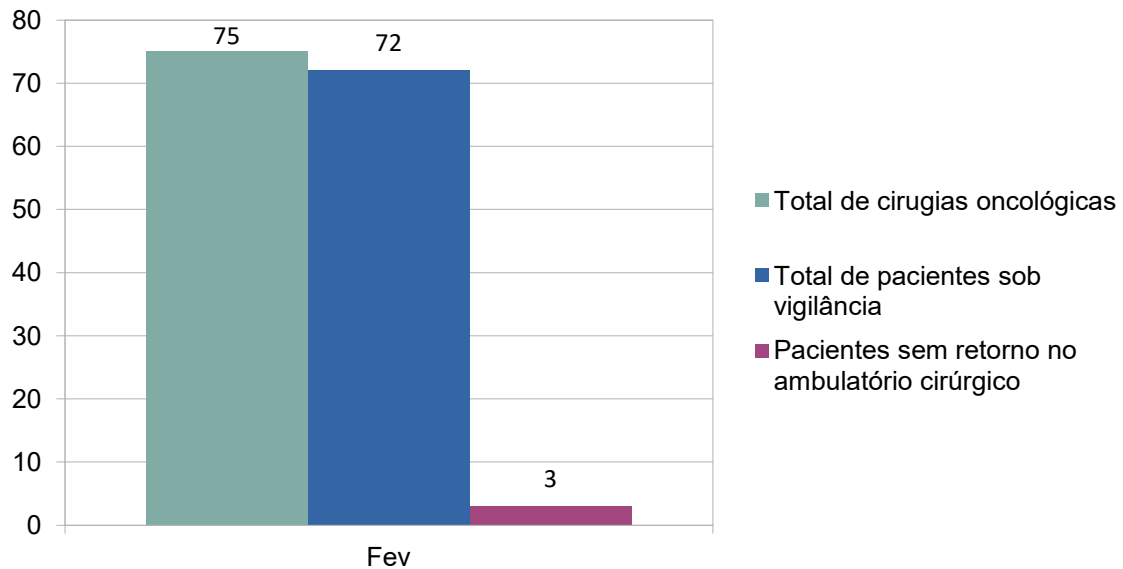
14

4.1 Taxa de ISC em cirurgias oncológicas

$$\text{Taxa de ISC em pacientes oncológicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de ISC em pacientes submetidos a cirurgias oncológicas}}{\text{N}^\circ \text{ total de cirurgias oncológicas realizadas no período}} \times 100$$



Gráfico 3: Quantidade de cirurgias oncológicas x Pacientes sob vigilância epidemiológica das Infecções Hospitalares



Fonte: Vigilância epidemiológica 2026 – SCIH – SCBM

No mês de referência houve um total de 75 cirurgias oncológicas, destes apenas 3 pacientes não compareceram em retorno para avaliação médica no ambulatório de egressos e avaliação da ferida operatória, perfazendo um total de 96% de pacientes acompanhados pelo ambulatório de egressos cirúrgicos e sob vigilância epidemiológica para detecção de infecção hospitalar pós cirúrgicos.

15

Dos pacientes que adquiriram infecção de sítio cirúrgico:

Em fevereiro: 1 caso de ISC atingindo órgãos internos e cavidades em paciente submetido a cirurgia potencialmente contaminada. O tratamento foi conduzido a nível hospitalar e devido à gravidade do quadro geral, o paciente evoluiu para óbito. No mesmo mês, houve 1 caso de ISC superficial em paciente submetido a cirurgia limpa, o qual teve tratamento a nível ambulatorial, evoluindo para cura.

O gráfico a seguir apresenta a taxa de infecções por meio de três indicadores principais: infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas, ISC em cirurgias potencialmente contaminadas e outras infecções hospitalares em pacientes submetidos a cirurgias oncológicas.

A taxa de ISC em cirurgias limpas corresponde ao percentual de pacientes que evoluem com infecção após procedimentos realizados em condições ideais de assepsia, sem presença de inflamação ou acesso a tratos corporais. Por se tratar de cirurgias com

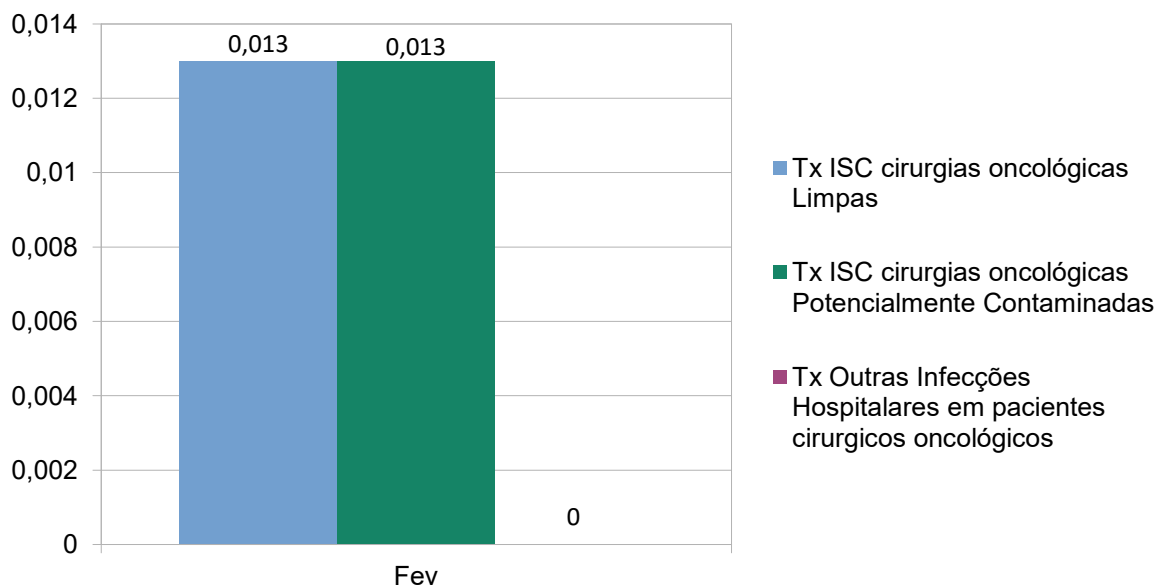


menor risco intrínseco, esse indicador está frequentemente associado à qualidade do preparo pré-operatório e à execução da técnica asséptica, sendo considerado amplamente evitável. As manifestações podem ocorrer em até 30 dias após o procedimento, ou até um ano nos casos com implantes.

Já a taxa de ISC em cirurgias potencialmente contaminadas avalia a ocorrência de infecção em procedimentos que envolvem a abertura controlada de tratos como o digestivo, respiratório ou urinário, sem evidência de contaminação significativa. Esse indicador reflete tanto a complexidade do procedimento quanto a efetividade das estratégias preventivas adotadas, incluindo o uso adequado de antibioticoprofilaxia.

Por sua vez, a taxa de outras infecções hospitalares contempla eventos infecciosos de diferentes origens em pacientes cirúrgicos oncológicos, como infecção do trato urinário (com ou sem uso de sonda vesical), pneumonia associada ou não à ventilação mecânica e infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central, contribuindo para uma avaliação mais abrangente da segurança assistencial.

Gráfico 4: Taxa de Infecção em cirurgia oncológica



Fonte: vigilância epidemiológica 2026 - SCIH – SCBM.

O gráfico apresenta a evolução mensal das taxas de infecção em pacientes submetidos a cirurgias oncológicas em fevereiro de 2026, discriminando infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas, potencialmente contaminadas e outras



infecções hospitalares. Considerando a meta institucional de $\leq 4\%$ (**0,04**) para o total de infecções, observa-se:

Desempenho geral frente a meta - No mês de fevereiro, foram identificados 2 casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC). O primeiro correspondeu a uma ISC em órgão interno e cavidade, em paciente submetido a cirurgia potencialmente contaminada. O caso demandou tratamento em nível hospitalar e, devido à gravidade do quadro clínico, evoluiu para óbito.

O segundo caso foi de ISC superficial em paciente submetido a cirurgia limpa, com tratamento em nível ambulatorial e evolução favorável para cura.

No período, observou-se taxa aproximada de $\sim 1,3\%$ tanto para ISC em cirurgias limpas quanto para ISC em cirurgias potencialmente contaminadas, configurando o maior pico entre os meses analisados. Não houve registro de outras infecções hospitalares.



CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que os resultados apresentados neste relatório evidenciam que os recursos oriundos da emenda parlamentar vêm sendo aplicados de forma eficaz e responsável, contribuindo significativamente para o fortalecimento da assistência oncológica na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, com impactos positivos na qualidade do cuidado, na segurança do paciente e na eficiência dos processos assistenciais.

No período analisado, observou-se desempenho favorável em todos os indicadores pactuados, destacando-se o tempo médio de permanência de 2,10 dias, significativamente inferior à meta institucional estabelecida (≤ 10 dias), o que demonstra elevada resolutividade assistencial, adequada gestão de leitos e efetividade na condução clínica. De igual modo, a taxa de reinternação em até 30 dias, fixada em 5%, também abaixo do limite pactuado ($\leq 10\%$), reforça a consistência das práticas de alta segura, a qualidade do cuidado prestado e a efetividade da continuidade assistencial.

No que se refere à segurança do paciente, o controle das infecções de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas, aliado à elevada taxa de vigilância epidemiológica, com 96% dos pacientes acompanhados no ambulatório de egressos, evidencia a robustez dos processos institucionais, a rastreabilidade dos desfechos clínicos e a maturidade da gestão de riscos assistenciais. Ainda que tenham sido registrados eventos monitorados, estes se mantiveram dentro dos parâmetros estabelecidos, confirmando a efetividade das medidas preventivas e o alinhamento às boas práticas assistenciais.

Destaca-se, ainda, que os investimentos realizados transcendem aspectos estruturais, abrangendo a qualificação das equipes, a consolidação de protocolos assistenciais e o fortalecimento das práticas de cuidados paliativos e segurança do paciente, o que contribui para a sustentabilidade das melhorias implementadas e para a elevação contínua do padrão assistencial.

Dessa forma, os resultados alcançados demonstram não apenas o cumprimento integral dos objetivos pactuados, mas também a geração de valor assistencial decorrente da adequada aplicação dos recursos públicos, com evidências concretas de melhoria de desempenho, fortalecimento da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS



e consolidação de práticas alinhadas aos princípios da qualidade, segurança e excelência assistencial.

Por fim, conclui-se que a execução do Plano de Trabalho se deu de forma satisfatória, com impactos mensuráveis e sustentáveis, permanecendo a instituição comprometida com o monitoramento contínuo dos indicadores, a transparência na gestão dos recursos e a disponibilidade de informações para fins de controle e auditoria, em consonância com os princípios da legalidade, eficiência e responsabilidade na administração pública.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos, 2023.
Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSEB prática hospitalar. 2009; XI(65):1009-114.

ANVISA. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Define critérios para organização da atenção especializada em oncologia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. Porto Alegre: SULINA 2012.

Manual de Cuidados Paliativos: 2.ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 15 out. 2025.

20



ANEXO I

Reinternação

COMP	fev/26
ONCOLOGICO	ONCOLOGICO

Rótulos de Linha	Contagem Distinta de	
	CD_ATENDIMENTO	Reinternação
161401	2	1
232235	2	1
197084	2	1
4972	2	1
239317	2	1
34200	2	1
187891	2	1
41231	2	1
224597	2	1
64431	2	1
235691	2	1
120648	2	1
146902	2	1
177873	2	
230944	1	
200831	1	
241434	1	
20422	1	
221696	1	
26727	1	
237603	1	
27721	1	
187008	1	
29911	1	
215035	1	
32572	1	
229037	1	
32791	1	
234962	1	
33015	1	
240033	1	
33439	1	
243795	1	
33537	1	
196013	1	
33789	1	
210965	1	
2692	1	
218065	1	
35651	1	
226074	1	
36224	1	
230274	1	
3488	1	
232242	1	
47603	1	
236393	1	
48286	1	
16456	1	
48375	1	
240923	1	
50774	1	
242389	1	
53151	1	
244672	1	
55264	1	
192487	1	
55358	1	
198767	1	
55549	1	

Reinternações	
Rótulo de linha	fev/26
Reinternações	14
Saidas	255
Taxa de reinternação	5%



207773	1
58031	1
213747	1
58219	1
215743	1
61005	1
220379	1
61052	1
224593	1
63012	1
228171	1
3883	1
229961	1
64488	1
230643	1
66709	1
231885	1
67699	1
233722	1
68252	1
235215	1
69486	1
236833	1
74486	1
237921	1
74572	1
239523	1
74709	1
240646	1
78880	1
241267	1
79076	1
242258	1
79099	1
243731	1
82876	1
244373	1
82961	1
244704	1
84626	1
7238	1
84665	1
195500	1
85779	1
8581	1
88889	1
199574	1
89037	1
204158	1
89691	1
208410	1
92881	1
211178	1
94249	1
214487	1
100352	1
215554	1
106840	1
216439	1
107358	1
218623	1
112261	1
220855	1
115867	1
222591	1
120475	1
9969	1
2457	1
227888	1
121513	1
228353	1



127422	1
229281	1
127727	1
230085	1
128650	1
230362	1
136289	1
230717	1
136856	1
231637	1
138022	1
10884	1
140221	1
232359	1
6415	1
234614	1
148911	1
235088	1
153798	1
12651	1
154213	1
236654	1
155017	1
237066	1
157872	1
237851	1
6442	1
238588	1
164771	1
239380	1
166946	1
239538	1
172297	1
240224	1
173692	1
240772	1
Total Geral	208



APÊNDICE A

PROCOLOS REVISADOS



PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO SCIH

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



INTRODUÇÃO.....	03
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO.....	03
OS AGENTES ETIOLÓGICOS E POSSÍVEIS FONTES DE CONTAMINAÇÃO	06
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA ISC.....	07
MEDIDAS PREVENTIVAS.....	08
REFERÊNCIAS.....	16

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



1. Introdução:

A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e compreendendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados.

As ISCs são aquelas que ocorrem como complicação de uma cirurgia, comprometendo a incisão, tecidos, ou órgãos e cavidades manipuladas, podendo ser diagnosticadas entre 30 dias após a realização do procedimento até 90 dias, dependendo do tipo de procedimento e do implante de prótese.

As principais fontes de microrganismos que podem contaminar os tecidos manipulados durante a cirurgia e favorecer o desenvolvimento de ISC são endógenas, isto é, são provenientes do próprio paciente. Menos frequentemente, estes microrganismos atingem o sítio operatório a partir de alguma infecção em andamento no período.

As definições de procedimento cirúrgico, infecção e indicadores constituem a base que norteia o trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

2. Potencial de Contaminação

Cirurgia Limpa

Realizada em tecidos estéreis ou passíveis de contaminação. Não há abordagens de vísceras ocas. Sítio cirúrgico onde não é encontrada inflamação e não há quebra de barreira.

Exemplos de cirurgia limpas:
Herniorrafia inguinal
Safenectomia
Cirurgias cardíacas
Cirurgias plásticas com prótese
Neurocirurgias
Próteses articulares


Cirurgia Potencialmente contaminadas

Abordagem de cavidade oca, como tratos digestivos, respiratório e orofaríngeos e geniturinário (sem presença de cultura positiva). Herniorrafias com presença de inflamação, mas sem sinais de infecção.

Exemplos de cirurgia Potencialmente contaminadas:

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.SCIH.001	
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico	Rev.	Página	
	02	Página 4 de 15	

Gastrectomia
Prostatectomia
Cirurgias biliares sem injeção
Cesariana, Histerectomia

Cirurgias Contaminadas

Feridas traumáticas recentes (menos de 6 horas abertas). Manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectada.

Cirurgias com presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo.

Exemplos de cirurgia contaminadas:
Colecistectomia com infecção aguda
Amigdalectomia
Colectomia

Cirurgias Infectadas

Evidenciado durante a cirurgia com presença de secreção purulenta, tecido desvitalizado. Feridas traumáticas com atraso de tratamento (Mais de 6 horas).

Exemplos de cirurgia infectadas:
Enterectomias pós ruptura de víscera
Apendicectomia supurada
Correções de fraturas expostas

Paciente Cirúrgico Passível de Vigilância Epidemiológica de Rotina Cirurgia em paciente internado em serviço de saúde


Paciente submetido a um procedimento dentro do centro cirúrgico, que consiste em pelo menos uma incisão e uma sutura, em regime de internação superior a 24 horas, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades.

Cirurgia ambulatorial

Paciente submetido a um procedimento cirúrgico em regime ambulatorial (hospital-dia) ou com permanência no serviço de saúde inferior a 24 horas que consista em, pelo menos, uma incisão e uma sutura, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem e biópsias que não envolvam

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.SCIH.001	
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico		Rev.	Página
		02	Página 5 de 15

vísceras ou cavidades.

Cirurgia endovascular

Paciente submetido a um procedimento terapêutico realizado por acesso percutâneo, via endovascular, com inserção de prótese, exceto stents.

Cirurgia endoscópica com penetração de cavidade

Paciente submetido a um procedimento terapêutico, por via endoscópica, com manipulação de cavidade ou víscera através da mucosa. Estão incluídas aqui cirurgias transgástricas e transvaginais), cirurgias urológicas e cirurgias transnasais.

3. Agentes Etiológicos e possíveis fontes de contaminação

As principais fontes de microrganismos que podem contaminar os tecidos manipulados durante a cirurgia e favorecer o desenvolvimento da ISC são endógenas, isto é, são provenientes do próprio paciente.

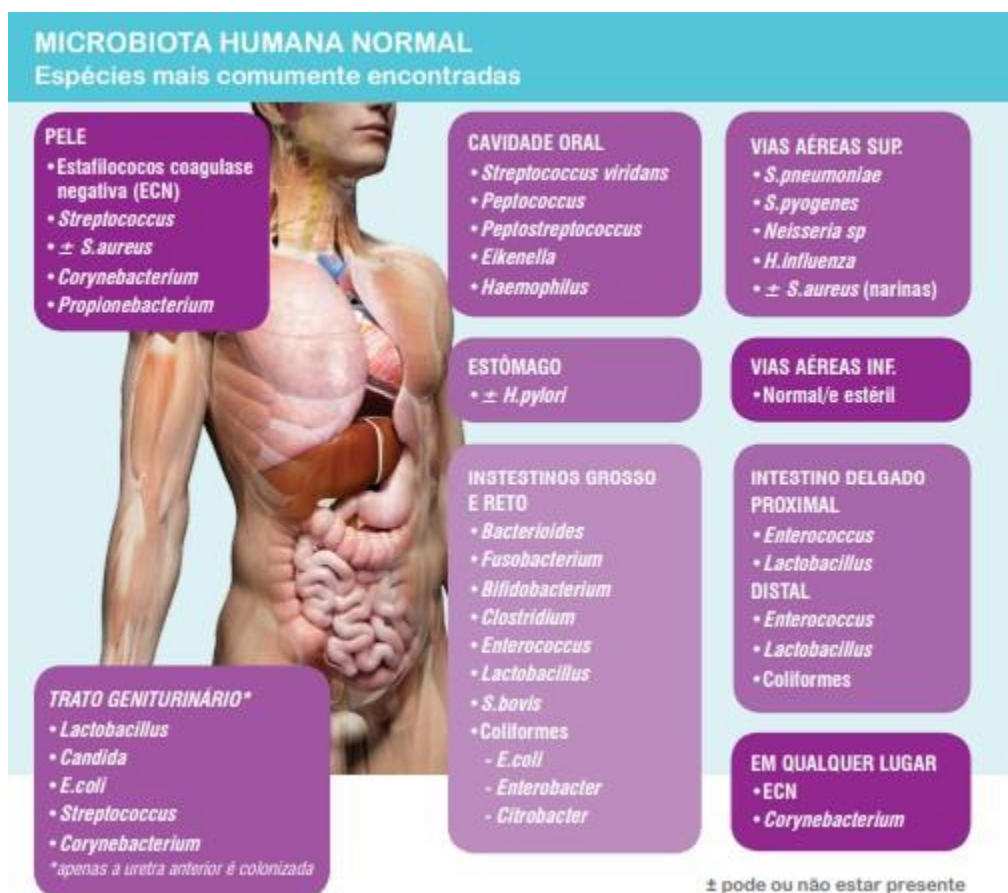
Estes patógenos na maioria dos casos pertencem à própria microbiota do paciente. Menos frequentemente, estes microrganismos atingem o sítio operatório a partir de alguma infecção que o paciente esteja apresentando durante a cirurgia.

Os microrganismos mais frequentemente isolados nas ISC são os que compõem a microbiota do paciente, principalmente aqueles que compõem a microbiota da pele e do sítio manipulado. Desta forma os cocos Gram-positivos presentes na pele (por exemplo: *Staphylococcus coagulase negativa* e *Staphylococcus aureus*) são os agentes mais comuns em cirurgias limpas e as bactérias Gram-negativas e anaeróbias estão presentes em ISC após procedimentos contaminados ou potencialmente contaminados.

As fontes exógenas de microrganismos também são importantes e podem estar relacionadas à equipe cirúrgica (ex. sujidade nas vestimentas, quebras na técnica asséptica, degermação cirúrgica ou higiene das mãos inadequadas, excesso de pessoas na sala), ao ambiente (ventilação e espaço físico), a equipamentos, e instrumentais e a outros materiais que tenham contato ou estejam próximos ao campo cirúrgico.

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução





4. Fatores de risco para o desenvolvimento da ISC

Já foram citadas possíveis fontes para contaminação da ferida operatória e desenvolvimento da ISC, porém a seguir, de forma resumida e esquemática, os fatores de risco relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico e aos microrganismos, que podem contribuir para a ocorrência desta complicação infecciosa.

Tabela 1. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis

<u>Modificáveis:</u>	<u>Não modificáveis:</u>
São passíveis de intervenções, podem ser modificadas e constituem-se como alvo das medidas preventivas discutidas adiante. Exemplos:	Condições de risco intrínsecas apresentadas pelos pacientes, os quais não são possíveis modificar como alvo na prevenção da ISC. Exemplos:

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



<p>Controle glicêmico inapropriado Remoção dos pelos</p> <p>Preparo inadequado da pele do paciente</p> <p>Profilaxia cirúrgica inadequada</p> <p>Contaminação intra operatória</p> <p>Cirurgia colorretal (Preparo inadequado do cólon, Hipotermia)</p> <p>Excesso de pessoas na sala</p> <p>Ausência ou inadequação do protocolo de curativos</p> <p>Oxigenação</p> <p>Colonização prévia</p>	<p>Idade</p> <p>Obesidade</p> <p>Desnutrição</p> <p>Estadia pré-operatória prolongada</p> <p>Infecção prévia</p> <p>Neoplasia</p> <p>Imunossupressão</p> <p>Classificação ASA</p> <p>Comorbidades</p> <p>Degermação cirúrgica das mãos</p> <p>Potencial de contaminação da ferida</p> <p>Duração da cirurgia</p> <p>Cirurgia de urgência</p> <p>Cirurgia prévia</p> <p>Hemostasia deficiente</p> <p>Virulência do microrganismo</p> <p>Inóculo/Aderência do microrganismo</p>
--	---

O conhecimento dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis é importante para a avaliação de risco de ISC apresentados pelo paciente e sistematizar a assistência considerando tais fatores.

5. Medidas de prevenção da ISC Orientações para o Banho do paciente

☐ Cuidados Pré operatórios:

- Orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho.
- Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, noite anterior ou manhã da cirurgia.



Ainda não foi demonstrada uma clara associação entre banho pré-operatório com produto antisséptico e redução do risco de ISC. Assim, não há consenso na indicação de banho com agente antisséptico para todos os procedimentos cirúrgicos.

- O banho com antisséptico está reservado a situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos.

Tabela 2. Indicação de banho pré operatório para prevenção de ISC

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes		Clorexidina 2%	Banho corporal total: 2 horas antes do procedimento cirúrgico.
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro		Banho corpo total: antes do encaminhamento ao CC

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



Cirurgias de urgência

Sabonete neutro

O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

• Cuidados durante o banho:

- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial à higiene da cabeça nas cirurgias cranioencefálicas;
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório;
- Enfatizar a importância da higiene oral; nos casos que houver previsão de intubação orotraqueal fazer higiene oral com clorexidina 0,12%.
- Fornecer toalhas limpas ao paciente para o banho pré-operatório;
- Proceder a troca de pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho.

Tricotomia**□ Cuidados Pré operatórios:**

- Educar o paciente a não realização de tricotomia em domicílio antes da internação cirúrgica;
- Realizar somente quando necessário, de preferência não realizar tricotomia de rotina;
- Não utilizar lâminas, utilizar tesoura para remoção de pelos ou tricotomizador elétrico hospitalar;
- Coletar os pelos removidos com fita crepe ou micropore;
- Realizar tricotomia fora da sala cirúrgica;
- A tricotomia deve ser realizada imediatamente antes do ato operatório;

Controle de glicemia no Peri operatório**□ Cuidado pré, intra e pós operatório:**

- Realizar controle glicêmico em pacientes diabéticos e não diabéticos, objetivando níveis glicêmicos <180 mg/dl.

Manutenção da normotermia no Peri operatório

- Manter a normotermia, objetivando temperatura $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$.
- **Cuidado intra operatório e recuperação anestésica:**
 - Aferir a temperatura regularmente.
 - Utilizar mantas térmicas durante a cirurgia e na recuperação anestésica.
 - Utilizar fluidos venosos aquecidos
 - Controlar a temperatura das salas evitando resfriamento excessivo.
- **Cuidado pré e pós operatório:**
 - Aferir a temperatura regularmente.
 - Avaliar a utilização de toucas e meias e mantas.

Otimizar a oxigenação tecidual no Peri operatório

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



- ☐ **Cuidado pré, intra e pós-operatório:**
 - Aferir a oximetria regularmente.
 - Indicar oxigenoterapia perante os valores da oximetria.

Antibioticoprofilaxia

- ☐ **Cuidados intra operatórios:**
 - Indicação apropriada, conforme protocolo de profilaxia institucional;
 - Escolher a droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado, conforme o protocolo de profilaxia institucional;
 - Administrar dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica.
 - Vancomicina e Ciprofloxacina: iniciar infusão 1 a 2 horas antes da incisão;
 - Atenção especial em relação ao uso de torniquetes (administrar a dose total antes de insuflar o torniquete);
 - Ajustar a dose para pacientes obesos;
 - Repetir as doses em cirurgias prolongadas (repique em 4 horas);
 - Combinar administração via intravenosa (IV) e via oral (VO) de antimicrobiano para cirurgia coloretal.
- ☐ **Cuidados pós operatórios:**
 - Descontinuar prescrição de antimicrobianos em 24 horas;

Utilizar preparações que contenham álcool no preparo da pele

O álcool é altamente bactericida, possui ação rápida e quando associado aos compostos de clorexidina e iodo possui efeito residual prolongado.

- ☐ **Cuidado intra operatório:**
 - Realizar degermação do membro ou local próximo da incisão cirúrgica, com clorexidina (CHG) degermante a 2% ou polvidine (PVPI) degermante, antes de aplicar solução anti séptica;
 - Realizar a antisepsia no campo operatório com compressa e com solução alcoólica de PVPI ou CHG, no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) em ampla cobertura, o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos.
 - Evitar o uso de escovas antissépticas devido ao risco de lesão das camadas profundas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele, utilizar compressa cirúrgica e antisséptico.

Paramentação:

- ☐ **Cuidado pré-operatório no centro cirúrgico:**

A paramentação cirúrgica, medida bem estabelecida para prevenção das infecções do sítio cirúrgico, consiste em antisepsiar cirúrgica das mãos, utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara. A finalidade da paramentação cirúrgica é estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente e no campo operatório, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde e ar ambiente. Também tem o sentido de proteger a equipe cirúrgica do contato com sangue e fluidos dos pacientes.

- A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental e luvas estéreis, touca, óculos, máscara).

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



- Devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).
- A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou se cirurgia estiver em andamento, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microrganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica.
- Ao se paramentar o profissional que participa do procedimento cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios etc).

Antissepsia cirúrgica das mãos

□ Cuidado pré operatório no Centro Cirúrgico:

- O procedimento pode ser feito com o uso de esponjas para a realização da fricção da pele com anti séptico degermante (Clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI) ou por meio do uso de produto a base de álcool (PBA). Evitar o uso de escovas para lesar as camadas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele; se o seu uso for inevitável, estas devem ser estéreis e de uso único.
 - Remover todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras, antes de iniciar a degermação e antissepsia cirúrgica das mãos;
 - É proibido o uso de unhas artificiais;
 - Manter unhas curtas;
 - Manter o leito ungueal e subungueal limpos, utilizar uma espátula para remover a sujidade;
 - Duração do procedimento:
 - Com antisséptico degermante: deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção.
 - Com PBA: deve ser de 1 a 3 minutos. No primeiro procedimento do dia é recomendada a lavagem prévia das mãos com água e sabão. Nas cirurgias subsequentes, se utilizada luvas com pós, o procedimento também deve ser precedido de lavagem das mãos com água e sabão para remoção do pó das luvas.
 - Realizar a antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante
 - Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
 - Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo.
 - No caso de esponja impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;
 - Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas, sob a água corrente;
 - Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
 - Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor. Tome o cuidado de não posicionar o braço para baixo para evitar recontaminação dos cotovelos até as mãos.
 - Secar as mãos com compressa estéril no sentido da ponta dos dedos, mãos e antebraço, trocando o lado utilizado da compressa entre as faces palmar e dorsal das mãos e antebraço.
 - Antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool
- Lave as mãos com sabonete líquido e água ao chegar ao centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa e colocado o gorro e a máscara;

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



Utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica para reduzir a ocorrência de danos ao paciente.

Cuidado intra operatório:

- Fazer cumprir com protocolo de cirurgia segura do hospital, analisando tendências e promovendo melhoria contínua dos processos para manutenção da qualidade assistencial.

Cuidados ambientais no Centro cirúrgico

- Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
- Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.
- Conferir a esterilização de todo o instrumental cirúrgico;
- Não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para a redução do tempo;
- Limpeza terminal mecânica do piso na última cirurgia do dia. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas;
- Limpeza e desinfecção concorrente entre procedimentos, com ênfase nas superfícies mais tocadas e na limpeza de equipamentos.

Cuidados com os curativos

- **Cuidado pós operatório:**
 - Utilizar protetores plásticos de ferida para cirurgias do trato gastrointestinal e biliar. Seguir as recomendações da estomaterapeuta hospitalar e do protocolo de curativos dos hospital para utilização de coberturas apropriadas, evitando a exposição da pele adjacente e incisão cirúrgica aos conteúdos gastrointestinais e biliares, devido o risco de agressão às células epiteliais.
 - Não utilizar álcool, ou antissépticos alcoólicos para curativo nas incisões operatórias, devido a agressão às células epiteliais.
 - Caso não haja recomendação de coberturas/produtos especiais orientados pela estomaterapeuta e protocolo de curativos do hospital, realizar a limpeza da ferida cirúrgica com soro fisiológico 0.9% apenas, utilizando técnica asséptica com luvas estéreis ou bandeja de curativos e luvas de procedimento.
 - Utilizar gaze estéril para cobertura, promovendo a troca a cada 24H e sempre que sujidade aparente.
 - Caso seja utilizado coberturas transparentes e semipermeáveis estéreis, a troca pode ser feita conforme orientação do fabricante (geralmente de 5 a 7 dias) e sempre que sujidade visível.
 - Para a utilização de coberturas transparentes e semipermeáveis é necessário a proteção com plástico durante o banho.
 - Cuidados com Drenos:
 - Fazer uso de sistemas de drenagens fechados, e remover o mais breve possível.
 - Posicionar os drenos abaixo da linha média corporal.
 - Realizar o curativo utilizando técnica asséptica e com troca a cada 24H e quando sujidade visível.
 - Quando dreno em selo d'água, realizar a troca do selo d'água quando atingir 2/3 da capacidade do coletor, utilizando técnica asséptica para reposição do selo d'água, e utilizar água destilada estéril para o selo. Caso haja suspeita de contaminação, realizar a troca do sistema de drenagem utilizando técnica asséptica.

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



- Ao mobilizar o paciente, ter cuidado com a tração acidental do dreno, comunicar ao médico imediatamente a ocorrência e não tentar reposicionar.
- Caso seja necessária a elevação do frasco do dreno, considerando a altura da linha média corporal, clampar o circuito de drenagem antes da movimentação, e promover o desclampamento após posicionamento inicial indicado (abaixo da linha corporal média).

Realizar vigilância por busca ativa das ISC**Vigilância do SCIRAS:**

- Realizar vigilância epidemiológica, por meio de busca fonada, dos pacientes submetidos a cirurgia: mamoplastia com prótese, neurocirurgia com prótese, artroplastia de joelho e quadril, cesariana.
- Alimentar as informações relatadas na busca fonada em planilha própria do SCIRAS;
- Observar as tendências mostradas nos dados e realizar correções de processo, caso necessário;

Divulgar resultados da vigilância para equipes cirúrgicas e direção, visando à melhoria da qualidade (sempre respeitando a privacidade dos profissionais).

Abordagens especiais pré e pós operatórias:**1- PACIENTES PÓS TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS**

- a) Pacientes devem ser direcionados em enfermaria específica direcionada ao coorte de pacientes pós transplante de órgãos sólidos.
- b) As precauções recomendadas para atendimento a esse grupo de pacientes: Utilizar máscara cirúrgica para o cuidado, utilizar capotes descartáveis para o cuidado, **Não é necessário o uso de luvas em situações em que não envolvem o risco de contato com matéria orgânica**, Higienizar as mãos nos 5 momentos recomendados pela OMS conforme Protocolo de Higiene das Mãos. Durante transferência ou transporte interno do paciente em alas da SCBM, ofertar máscara cirúrgica aos pacientes.
- c) Se recomendado, ofertar apenas água filtrada para consumo.
- d) Não será permitido a entrada de flores e plantas na enfermaria de internação de pacientes transplantados.
- e) Realizar curativo de incisão cirúrgica utilizando técnica estéril.
- f) Recomenda-se evitar reformas e obras no ambiente ao redor do leito do paciente. Caso necessário, os pacientes devem ser transferidos do local.
- g) Plano de contingência na falta de leitos de internação em enfermaria específica direcionada a pacientes pós transplante de órgãos sólidos:
 - direcionar os pacientes para outra enfermaria de atendimento exclusivo à pacientes imunossuprimidos com ausência de quadros infecciosos em atividade (devido risco de infecções por vírus respiratórios e de contato)
 - Caso haja internação prévia de paciente bacilífero com tuberculose pulmonar ou laríngea em leito de internação que será destinado a qualquer paciente em estado de imunossupressão, incluindo os

pacientes pós transplante de órgãos sólidos, este leito deve ser interdito por 6 Horas a partir

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



da alta do paciente com tuberculose, após esse período uma limpeza terminal incluindo a troca de filtros do ar condicionado deve ser realizada antes da internação do paciente pós transplante de órgãos sólidos. O produto recomendado para a limpeza das superfícies padronizado no hospital possui ação mínima de 10min após sua deposição na superfície, esse período deve ser respeitado para a liberação do leito.

2- DEMAIS ABORDAGENS ESPECIAIS

- Estratégia para redução do risco de transmissão cruzada dos portadores nasais de *Staphylococcus aureus* resistente a Oxacilina:
 - o Mupirocina intranasal (apresentação própria para uso nasal) a cada 12H + banho de clorexidina por 5 dias (2x/d), exceto em mucosas oculares e timpânica.
- Atualização constante dos processos no Centro Cirúrgico (CC) e Centro de Material e Esterilização (CME).

Tabela 3. Abordagens NÃO recomendadas

Utilizar vancomicina como droga profilática rotineira

Postergar a cirurgia para prover nutrição parenteral;

Utilizar suturas impregnadas com antissépticos de rotina

Utilizar curativos impregnados com anti sépticos de rotina.

6. Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 mar. 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual. Disponível em http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_PatientSafetyProtocol_CURRENT.p df. Atlanta, 2008. 98 p. Acesso em jul. 2008.

MANGRAM, A.J. ; HORAN, TC; PEARSON, ML; SILVER, LC; JARVIS, WR et al. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*, v. 20 (4), p. 247-69, 1999.

MEDICARE QUALITY IMPROVEMENT COMMUNITY. Surgical care improvement project (SCIP). Disponível em . Acesso em jul. 2008. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf. Acesso em jul. 2008.

Bode LGM, Kluytmans JAJW, Wertheim HFL, et al. Preventing surgical-site infections in nasal carriers of *Staphylococcus aureus*. *N Engl J Med* 2010;362:9-17.

Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD004985.

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



Gonçalves KJ, Graziano KU, Kawagoe JY. Revisão sistemática sobre antissepsia cirúrgica das mãos com preparação alcoólica em comparação aos produtos tradicionais. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6):1484-93.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. NICE guidelines [CG190]: Intrapartum care for healthy women and babies. Dez 2014 (rev Abr 2015). Acesso em 14/12/2015 (Internet). Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM/MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005, de 11 de novembro de 2005 – Aprova a Norma Regulamentadora nº 32, que versa sobre a Segurança e Saúde no

Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União Brasília, 16 nov. 2005.

Shannon-Cain J, Webster SF, Cain BS. Prevalence of and reasons for preoperative tobacco use. American Association of Nurse Anesthetists Journal 2002;70:33–40.

Diretriz sobre a Prevenção de Infecções no Sítio Cirúrgico, 1999. Controle e Epidemiologia Hospitalar, Vol. 20 n.4, Abril de 1999, Centros para o Controle de Doenças (CDC). p. 266.

Horan TC, et al. CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. American Journal Infection Control 2008;36:309-32.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Sítio Cirúrgico. Brasília:Anvisa, 2009.

Bushnell BD, Horton JK, McDonald MF, Robertson PG J Perioperative medical comorbidities in the orthopaedic patient. Am Acad Orthop Surg. 2008 Apr;16(4):216-27.


Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília:Anvisa, 2009. 105p. Cruse PJ, Foord R The epidemiology of wound infectio.

7. Histórico do Documento

REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS REVISÕES	RESPONSÁVEL	DATA ELABORAÇÃO
00	Emissão Inicial	Tatiana Tolentino	30/01/2024
01	Revisão e Verificação Normativa	Dr. Rodrigo Cuiabano	01/2024
02	Revisão	Raphaela Ferreira	03/03/2026
03	Verificação Normativa	Dr. Gustavo Adolfo	03/03/2026

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.SCIH.001	
	Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico	Rev.	Página
02		Página 15 de 15	

8. Registro do Documento

REGISTRO DO DOCUMENTO			
REVISÃO	VERIFICAÇÃO NORMATIVA	VALIDAÇÃO QUALIDADE	APROVAÇÃO
Enfermeira SCIH	Médico Infectologista	Coordenação Enfermagem Qualidade	Diretor Técnico Médico
Raphaela Ferreira	Dr. Gustavo Adolfo	Suelen Leal	Dr. Marco Antônio Mannarino
Data:	Data:	Data:	Data:
Vigência: 02 anos a partir da data da aprovação.			

Vigência 03/2028 - Rev. 02
Proibida a Reprodução

Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420


☎ 24 3325.8300
  santacasabm
 www.scbm.org.br



PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução




	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página
	03	Página 2 de 29	

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	OBJETIVOS (gerais e específicos)	5
3.	APLICAÇÃO	5
4.	SIGLAS E DEFINIÇÕES.....	5
5.	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E GERENCIAMENTO.....	6
6.	DESCRIÇÃO	6
6.1	Perfil epidemiológico das doenças	6
6.2	Definição:	6
6.3	Fases de implementação e progressão do cuidado paliativo:	7
6.4	Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida.....	8
6.5	Avaliação inicial	10
6.6	Plano de Cuidados.....	10
6.7	Cuidados nas últimas horas	10
6.7.1	Controle dos sinais e sintomas na terminalidade.....	10
6.8	Atribuições do Médico em Cuidados Paliativos.....	13
6.8.1.	Avaliação Clínica e Planejamento Terapêutico.....	13
6.8.2.	Controle de Sintomas.....	14
6.8.3.	Comunicação e Tomada de Decisão.....	14
6.8.4.	Cuidados nas Últimas Horas de Vida.....	14
6.9	Atribuições da Enfermagem em Cuidados Paliativos.....	14
6.9.1.	Avaliação e Monitoramento	14
6.9.2.	Controle de Sintomas e Cuidados Gerais.....	15
6.9.3.	Comunicação e Apoio Emocional.....	15

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução




	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
	03	Página 3 de 29	

6.9.4. Cuidados nas Últimas Horas de Vida.....	15
6.10 Atribuições do Nutricionista em Cuidados Paliativos	15
6.10.2. Planejamento Nutricional	16
6.10.3. Manejo de Sintomas.....	16
6.10.4. Apoio Emocional e Educativo	16
6.11 Atribuições da Fisioterapia em Cuidados Paliativos.....	16
6.11.1. Avaliação Funcional e Planejamento Terapêutico	16
6.11.2. Controle de Sintomas e Promoção do Conforto	17
6.11.3. Reabilitação e Manutenção da Funcionalidade	17
6.11.4. Cuidados nas Fases Avançadas e Finais da Vida	17
6.12 Atribuições da Psicologia em Cuidados Paliativos.....	17
6.12.1. Avaliação e Acompanhamento Psicológico	18
6.12.2. Apoio à Família.....	18
6.12.3. Apoio à Equipe de Saúde	18
6.12.4. Intervenções Terapêuticas	18
6.13 Atribuições do Serviço Social em Cuidados Paliativos.....	18
6.13.1. Avaliação Social	18
6.13.2. Intervenção e Acompanhamento	19
6.13.3. Articulação Institucional e Comunitária	19
6.14 Equipe Farmacêutica:	19
6.14.1 Farmacologias usadas em fim de vida	19
6.14.2 Compatibilidade entre as medicações	24
7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	24
8. MEDIDAS PREVENTIVAS.....	25
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página
03		Página 4 de 29	

10.	ANEXOS.....	27
11.	HISTÓRICO DO DOCUMENTO.....	28


Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução

Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420

☎ 24 3325.8300
 📱📷 santacasabm
 🌐 www.scbm.org.br



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 5 de 29

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem assistencial voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002).

Na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (SCBM), os CP são pautados pela integralidade, humanização e interdisciplinaridade, reconhecendo a autonomia do paciente e da família, e garantindo-lhes assistência digna e individualizada desde o diagnóstico até o fim da vida e o período de luto.

2. OBJETIVOS (GERAIS E ESPECÍFICOS)

Objetivo geral:

Proporcionar atenção integral e humanizada ao paciente com doença que ameaça a continuidade da vida, priorizando o conforto, o controle de sintomas e a qualidade de vida.

Objetivo específico:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas físicos e emocionais.
- Favorecer a comunicação efetiva entre equipe, paciente e família.
- Garantir a atuação interdisciplinar de profissionais de saúde.
- Assegurar o apoio espiritual e psicossocial ao paciente e familiares.
- Oferecer suporte durante o luto, conforme necessidade.
- Estimular o respeito à autonomia e às decisões do paciente.

3. APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os setores assistenciais da SCBM — internação, pronto-socorro, UTI e ambulatorios, abrangendo pacientes adultos, pediátricos e idosos portadores de doenças crônicas, progressivas e/ou incuráveis.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Equipe Interdisciplinar: conjunto de profissionais de diversas áreas que atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e decisões no plano de cuidado.

CP: Cuidados Paliativos


OMS: Organização Mundial da Saúde

PPS: Palliative Performance Scale

ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 6 de 29

ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

5. RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E GERENCIAMENTO

Elaboração: Núcleo de Segurança do Paciente / Gerência Assistencial / Gerente de Enfermagem

Gerenciamento: Comissão de Cuidados Paliativos da SCBM

6. DESCRIÇÃO

6.1 Perfil Epidemiológico das Doenças

Fase avançado do Câncer, síndromes demenciais, doenças neurológicas progressivas, sequelas neurológicas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, insuficiência hepática, HIV e outros.

6.2 Definição

Cuidados Paliativos: conjunto de ações que visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento, dando a ele e seus familiares o conforto através da prevenção, identificação e tratamento precoce dos sintomas: **FÍSICOS, PSÍQUICOS, SOCIAIS, ESPIRITUAIS E AMBIENTAIS.**

Tratamento curativo obstinado: aquele realizado em pacientes terminais sem que haja resposta ou perspectiva de benefício. É ineficaz, não agrega benefício, pode gerar desconforto, piorar sintomas e aumentar custo.

Terminalidade: condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte. Nessa fase, o indivíduo passa por rápido declínio funcional e o caminhar em direção 'a morte é previsível e irremediável.

Princípio da autonomia: é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.


Princípio da beneficência: fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito 'a técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

Princípio da não maleficência: evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

Princípio da justiça: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido de maneira integral. Evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 7 de 29	

paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

Eutanásia: conduta guiada pelo sentimento de compaixão ou piedade pela qual se traz a abreviação da vida através de uma morte rápida. O conceito se aplica a pessoas em estado terminal, ou portadores de enfermidade incurável que estejam em sofrimento constante. É caracterizada no Brasil como crime de homicídio e punida com rigores do código penal. **ESTA PRÁTICA NÃO DEVE SER REALIZADA.**

Distanásia: é o prolongamento desnecessário do processo da morte através de métodos artificiais considerados obstinados e extraordinários durante o morrer. Não traz benefício ao paciente ou a sociedade. Tem por objetivo frustrado evitar a morte a qualquer custo. No entanto, apenas adia o óbito inevitável, prolongando o morrer. Pode trazer sofrimento adicional ao paciente e familiares. **ESTA PRÁTICA NÃO DEVE SER PRATICADA.**

Ortotanásia: orto = certo e thanatos = morte. Consiste num processo de cuidado em que a condução é guiada pelo respeito a maneira natural em que a vida se encerra. Nesse sentido, uma vez identificado o processo inexorável da morte, evita-se a implementação ou descontinua-se tratamentos fúteis e obstinados, priorizando o conforto, higiene e dignidade durante o transcorrer natural do morrer.

Termos de uso inapropriado em cuidados paliativos: devem ser evitados as seguintes palavras e expressões em discussões sobre cuidado paliativo: “limitação, grau de investimento, paliar o paciente, não tem mais nada para fazer, fora de possibilidade terapêutica”.

Empatia: partilhar e compreender estados emocionais vividos por outra pessoa. Em saúde consiste em perceber a situação em que se encontra o paciente através do ponto de vista dele. Trata-se, de inferir a dimensão do seu sofrer e a proposta de cuidado por ele desejada. É um exercício que a equipe e família devem constantemente realizar. Quando todos os envolvidos no cuidado e adoecimento compartilharem do mesmo ponto de vista que o paciente, a ansiedade e sofrimento são reduzidos, a comunicação se desenvolve com menos ruídos e os conflitos tendem a se solucionar. Compaixão = sentir por X compaixão = fazer por.

6.3 Fases De Implementação e Progressão do Cuidado Paliativo


Na implementação dos cuidados paliativos, alguns aspectos devem ser considerados;

- Documentação do status da doença;
- Status funcional;
- Fatores que pioram ou aliviam sintomas físicos;
- Gerenciamento dos sintomas e resposta do paciente as medidas curativas já instituídas;
- Avaliação da necessidade de apoio aos familiares;
- Inclusão dos familiares e pacientes no processo de cuidado.

Os cuidados paliativos em pacientes internados na clínica médica e cuidados especiais devem seguir uma ordem lógica de progressão baseado na evolução clínica de cada caso. Esse processo é contínuo, diário e didaticamente dividido conforme as seguintes fases:

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 8 de 29

- **Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa:** toda medida terapêutica e de cuidado que visa a cura ou melhoria da doença e a recuperação da saúde do indivíduo. Há probabilidade de recuperação do paciente do que irreversibilidade ou morte. Nessa fase, as ações paliativas têm como meta o alívio dos sintomas inerentes a doença e decorrentes do tratamento.

A morte é pouco provável ou não é esperada.

- **Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional:** é implementada quando já existe falha de resposta aos recursos terapêuticos utilizados e, a despeito do tratamento otimizado, o paciente caminha em direção ao desfecho de irreversibilidade e morte. Nesse contexto, as ações paliativas no controle dos sinais e sintomas passam a ter prioridade em relação aos cuidados curativos. A proporção da prioridade entre essas duas frentes de cuidado deve acompanhar e evolução de melhora ou piora do indivíduo, oscilando em patamares intermediários entre o cuidado curativo pleno e o cuidado paliativo exclusivo. Terapias invasivas devem paulatinamente dar lugar as medidas de controle dos sintomas em evoluções no sentido da morte e irreversibilidade, assim como intervenções curativas devem ser priorizadas à medida que o caso siga o caminho da melhora e restauração.

A morte é possível e prevista para semanas a meses.

- **Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo:** identificada irreversibilidade da doença e instalado o processo de morrer, nenhuma medida com contenção curativa seria efetiva para mudar a história natural do adoecimento e o desfecho clínico desfavorável. Nesse ponto, o tratamento curativo deixa de ter resultado ou significado e as medidas de controle de sinais e sintomas e conforto passam a ser a única estratégia efetiva e benéfica para o paciente. As medidas com intenção curativas devem então ser descontinuadas e toda a energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família. Será identificada, com uma borboleta de cor **AZUL**, onde ficará fixado na cabeceira paciente, sinalizando os cuidados paliativos exclusivos.

A morte é provável e prevista para horas a dias.

6.4 Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida


**Como é morrer? A gente entra em coma? dói?
“...como são as últimas horas?”**

Quando todos os sintomas se exacerbam, começa a emergir um quadro de morte próxima e irreversível, a sobrevida média do doente é de horas a dias. Este quadro é chamado de “últimas quarenta e oito horas” ou “processo ativo de morte” ou ainda “agonia terminal” ou “agonia”.

- **Anorexia fisiológica:** Nas últimas 48 horas, as atividades metabólicas estão diminuídas, ocasionando uma anorexia fisiológica. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos e a aceitação de líquidos se torna progressivamente mais difícil. Forçar a alimentação através de sonda enterais, pode ser uma considerada uma medida fútil, na medida que provoca desconforto físico, tanto pela presença da sonda, como novos sintomas podem surgir. A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo o paciente e atinge o maior grau com a perda da habilidade de engolir. **SINAL QUE É MUITO INDICATIVO DE PROXIMIDADE DA MORTE.**

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 9 de 29	

- **Imobilidade ao leito:** Característica muito comum aos doentes em final de vida. O doente não consegue mais se movimentar. Deve-se movimentá-lo cuidadosamente a fim de evitar desconforto.
- **Sonolência:** No final, o doente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo espertável em alguns momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornado ao sono a seguir.
- **Alterações da cognição:** Sintoma frequente na maioria dos pacientes, variando em intensidade. Nesta fase, a memória e o raciocínio deterioram. As respostas são demoradas e por vezes inadequadas ou inexistentes. Às vezes podem surgir **visões, alucinações, e experiências sensoriais diferentes**. O doente fala com pessoas que não vemos, comunica-se com parentes mortos há muito tempo. **Nas últimas horas, podem surgir quadro de delirium terminal, frequente em 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana, é um sinal de deterioração funcional significativa e indica proximidade da morte.** O delirium da fase final pode estar relacionado a vários fatores como: **hipóxia, variações tóxico-metabólico como uremia, encefalopatia hepática, infecções, desidratação, acúmulo de medicamentos como opioides, anticolinérgicos e diazepínicos.**
- **Mioclônus:** Os abalos musculares involuntários são frequentes e indicativos de neurotoxicidade. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipóxia, desidratação ou por edema do Sistema Nervoso Central no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível.
- **Dor:** Sintomas que estavam razoavelmente controlados podem voltar a exacerbar nos últimos dias de vida e se tornarem refratários a terapêutica habitual. O tratamento de sintoma como **dor e dispnéia** deve ser mantido até o final da vida. É um sintoma preponderante entre pacientes em Cuidados Paliativos, mas dificilmente surge nessa fase se não existir previamente. A suspensão abrupta de sedativos e opioides pode levar a abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao doente. Entretanto a suspensão de antidepressivos podem ser necessárias, a fim de evitar efeitos adversos exacerbados e de difícil controle.;
- **Dispnéia;**
- **Colapso periférico:** As perdas de função orgânica que se desencadeiam neste processo levam ao colapso periférico, caracterizado por palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as alterações de padrão respiratório, com irregularidade no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia.
- **Ronco ou broncorréia (sororoca):** É um evento comum a maioria dos doentes, caracteriza-se por uma respiração ruidosa, com secreções. Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



- **Momento da morte:** As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A cessação da respiração normalmente precede a parada dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

Os Cuidados Paliativos devem seguir **avaliação individualizada e contínua**, incluindo:

6.5 Avaliação Inicial

- Dados biográficos e preferências pessoais;
- Cronologia da doença e tratamentos realizados;
- Avaliação funcional (PPS ou Karnofsky);
- Avaliação de sintomas (ESAS);
- Necessidades espirituais, sociais e emocionais.

6.6 Plano de Cuidados

- Definição de objetivos terapêuticos realistas;
- Registro das decisões clínicas e intervenções propostas;
- Elaboração de plano multiprofissional (médico, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social e fonoaudiologia);
- Revisão periódica e comunicação contínua com paciente e família.

6.7 Cuidados Nas Últimas Horas

- Avaliação clínica frequente (mínimo 2x ao dia);
- Controle rigoroso de dor, dispnéia, agitação e secreções;
- Suspensão de medidas desnecessárias;
- Garantia de ambiente tranquilo, conforto e presença familiar;
- Suporte emocional.

6.7.1 Controle Dos Sinais E Sintomas Na Terminalidade

SINTOMAS	TRATAMENTO	MEDICAÇÕES
ANOREXIA FISIOLÓGICA	A hidratação artificial nesta fase é controversa e deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea pode ser a melhor escolha. Suporta até 1500 ml diários de soluções isotônicas no mesmo sítio. Nesta fase é frequente a boca seca, entretanto não é	Hipodermóclise.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<p>sinônimo de hidratação artificial. Hidratar os lábios com gazes úmidas ou cubos de gelo. A administração de nutrição artificial tanto enteral quanto parenteral está associada a comorbidades e não contribui para o alívio de nenhum sintoma ou reversão do quadro.</p>	
IMOBILIDADE	<p>Equipe e cuidadores devem ser muito bem treinados para realização de movimentação passiva do doente e auxiliar ativamente nas transferências, as quais devem ser evitadas, por serem muitos desconfortáveis e dolorosas nesta fase. Ordens explícitas sobre prevenção de úlcera por pressão, mobilização, cuidado com a pele e mucosas, mobilização passiva não devem faltar a prescrição. Manter quarto tranquilo e calmo. Estimular familiar a tocar e conversar com o paciente, mesmo que não esboce nenhuma reação, e evitar conversas desagradáveis no setor.</p>	
SONOLÊNCIA	<p>É um sintoma esperado nas últimas horas e não justifica redução ou suspensão das doses de sedativos. Entretanto, a avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos.</p>	
ALTERAÇÃO COGNITIVA	<p>As alterações da cognição e as pequenas alucinações devem ser toleradas. As intervenções medicamentosas são recomendadas quando o delirium se torna agitado e</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir uma hidratação de até 1000ml / dia, pode prevenir instalação do quadro; • Reavaliar e ajustar dose dos opioides, em torno de 20 a 30% abaixo da dose anterior, nos casos da anúria e oligúria,

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	representa uma ameaça ao conforto e segurança do paciente.	<p>dando preferências as infusões contínuas ou opioide de curta duração;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol: 1mg SC a cada 6 ou 8 horas e se (delirium agitado), 2,5 a a 5mg SC EM BOLLUS; • Clorpromazina 12,5mg a cada 12h.
MIOCLÔNUS	<p>Nestas condições, prevenir e rever medicações predisponentes é fundamental. São utilizados anticonvulsivantes:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Midazolam: a partir de 1 mg / h – infusão contínua; 5,0 a 10mg bolus SC No momento da crise; • Clonazepam; 1 a 3 VO (gotas) 2 ou 3 vezes dia – dose teto / dia; 20mg; • Diazepam: 5 a 10 mg ev bolus; • Fenitoína: 300 mg/dia EV – se já em uso anteriormente.
DOR	<p>Para terapia farmacológica, avaliar pontuação de dor na escala analógica (EAD) quando não responsivo e na escala comportamental de dor (ECD) quando não responsivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina 5 A 10 mg SC 4/4 OU 6/6. • Dipirona SC; • Fenitoína 250 mg SC.
DISPNÉIA	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; Oxigenioterapia, ventilação não invasiva se tolerado. - Aspiração das vias aéreas superiores em situações de secreção proximal; - Medicamento de escolha é a morfina em baixas dose, associada ou não a benzodiazepínico, ambos em infusão contínua e parenteral. 	<p>Opioides: inicial - Morfina 10 mg em 24 horas SC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam 0,5mg / h a 1 mg / h. • Naqueles que já reberam opioides para analgesia aumentar 50%. • Em casos de resistentes - Diazepam 2,5 a 5mg / dia ou Clorpromazina SC. • Hidrocortisona 300 a 500mg – broncoespasmo e na redução edema peritumoral, compressões de veia cava superior e compressões de traqueia.
COLAPSO PERIFÉRICA	<p>As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nesta fase pelo alto risco que representam e por não</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipodermóclise ou acesso SC. • Scalp tipo butterfly, de calibre; 27 – 25 - 23

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado.	
RONCO - BRONCORRÉIA	O ronco deve ser prevenido ou minimizado. Não há diferença significativa de eficácia entre os anticolinérgicos: ATROPINA, ESCOPOLAMINA, HIOSCINA. Devem ser evitadas as repetidas aspirações das vias aéreas, pelo desconforto que ocasiona ao paciente. Na escolha de outro fármaco nessa fase, optar por aquele com maior efeito anticolinérgico, como Clorpromazina, é mais eficiente para diminuir secreções e melhor indicada que o haloperidol nas últimas horas de vida.	<ul style="list-style-type: none"> Dose de 10 a 20mg a cada 4 ou 6h em via sc.
MOMENTO DA MORTE	Apoio espiritual, não confundir com rituais religiosos. A religião do paciente deve ser sempre respeitada. E jamais deve se pressionar o paciente a aceitar qualquer preceito religioso. Escutar é mais importante que se fazer ouvir. Essencialmente: transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero.	

6.8 Atribuições do Médico em Cuidados Paliativos


O médico é responsável pela avaliação clínica, diagnóstico, prognóstico e coordenação das condutas terapêuticas, orientando a equipe e o paciente quanto às possibilidades e limites do tratamento. Sua atuação deve priorizar o alívio de sintomas, a comunicação clara e a tomada de decisão compartilhada.

6.8.1. Avaliação Clínica e Planejamento Terapêutico

- Realizar anamnese e exame físico completos, considerando a história da doença e o contexto psicossocial e espiritual.
- Avaliar funcionalidade (PPS, Karnofsky) e intensidade dos sintomas (ESAS).

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 14 de 29

- Elaborar plano terapêutico alinhado aos princípios dos Cuidados Paliativos, priorizando qualidade de vida.
- Revisar periodicamente a evolução e readequar condutas conforme o quadro clínico e os desejos do paciente.

6.8.2. Controle de Sintomas

- Manejar dor e outros sintomas físicos (dispneia, náuseas, constipação, ansiedade, insônia, secreções, fadiga).
- Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, avaliando resposta e tolerância.
- Garantir prescrição segura, racional e atualizada conforme protocolos institucionais e boas práticas.

6.8.3. Comunicação e Tomada de Decisão

- Estabelecer comunicação empática e honesta com o paciente e familiares.
- Realizar abordagem estruturada para comunicação de más notícias.
- Discutir objetivos de cuidado, diretivas antecipadas de vontade e decisões sobre terapias de suporte avançado.
- Favorecer decisões conjuntas entre equipe, paciente e família, respeitando autonomia e valores pessoais.

6.8.4. Cuidados nas Últimas Horas de Vida

- Identificar o processo de morte iminente e ajustar condutas para priorizar conforto e dignidade.
- Evitar tratamentos fúteis e intervenções invasivas desnecessárias.
- Garantir o controle adequado de dor, dispneia e agitação, com reavaliações frequentes.
- Apoiar a família no processo de despedida e luto, junto à equipe multiprofissional

6.9 Atribuições da Enfermagem em Cuidados Paliativos


A equipe de Enfermagem desempenha papel central na assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos, sendo responsável pela avaliação contínua, execução das ações assistenciais, controle de sintomas e apoio emocional ao paciente e à família. Sua atuação deve basear-se nos princípios da humanização, integralidade, ética e respeito à autonomia.

6.9.1. Avaliação e Monitoramento

- Realizar avaliação integral e sistemática do paciente, considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais.
- Aplicar escalas de avaliação (Braden, Morse, entre outras, conforme o caso).
- Identificar precocemente sinais de dor, desconforto, dispneia, ansiedade, alterações cutâneas e outros sintomas limitantes.
- Registrar em prontuário todas as intercorrências e condutas adotadas, assegurando a continuidade do cuidado.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 15 de 29	

6.9.2. Controle de Sintomas e Cuidados Gerais

- Administrar medicações conforme prescrição e monitorar efeitos terapêuticos e adversos.
- Implementar medidas não farmacológicas para alívio da dor e do desconforto (mudança de decúbito, posicionamento, higiene e conforto).
- Manter integridade cutânea e prevenir lesões por pressão, com avaliação diária e cuidados de higiene, hidratação e mudança de posição.
- Monitorar e manejar eliminações, hidratação, ventilação e nutrição conforme o estado clínico.
- Assegurar a manutenção de ambiente limpo, tranquilo, com privacidade e condições adequadas para o descanso e a dignidade do paciente.

6.9.3. Comunicação e Apoio Emocional

- Estabelecer vínculo terapêutico com o paciente e familiares, por meio da escuta ativa, empatia e acolhimento.
- Oferecer informações claras, respeitando o nível de compreensão e o desejo do paciente em saber sobre seu quadro clínico.
- Apoiar familiares no enfrentamento do processo de adoecimento e finitude, promovendo conforto e segurança.
- Estimular a expressão de sentimentos, respeitando crenças e valores individuais.

6.9.4. Cuidados nas Últimas Horas de Vida

- Reconhecer e comunicar à equipe os sinais de fase final da vida.
- Garantir o alívio pleno de sintomas, priorizando o conforto e a dignidade.
- Evitar procedimentos desnecessários ou dolorosos que prolonguem o sofrimento.
- Permitir e favorecer a presença da família, assegurando um ambiente humanizado e respeitoso.
- Após o óbito, prestar cuidados pós-morte com ética, respeito e privacidade, orientando e acolhendo os familiares.

6.10 Atribuições do Nutricionista em Cuidados Paliativos


O nutricionista atua como parte essencial da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, contribuindo para a promoção do conforto, do bem-estar e da qualidade de vida do paciente, com enfoque na individualização do cuidado alimentar e nutricional, respeitando valores, crenças e preferências pessoais.

6.10.1. Avaliação Nutricional

- Realizar avaliação clínica, antropométrica (quando viável) e dietética, com enfoque funcional.
- Registrar sintomas relacionados à alimentação (anorexia, disfagia, náuseas, constipação, saciedade precoce etc.).

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 16 de 29	

- Utilizar escalas e instrumentos adequados ao perfil do paciente (ASG, Karnofsky, ECOG, PPS, entre outros).
- Definir objetivo nutricional individualizado (manutenção, conforto, controle de sintomas ou suspensão de condutas).

6.10.2. Planejamento Nutricional

- Elaborar condutas com base na via alimentar disponível (oral, enteral ou parenteral) e no prognóstico clínico.
- Adotar estratégias de liberalização dietética, adaptando textura, sabor e frequência conforme a preferência do paciente.
- Avaliar continuamente a necessidade ou descontinuidade da terapia nutricional invasiva, em alinhamento com a equipe médica.
- Considerar o conforto como desfecho principal, evitando intervenções nutricionais fúteis ou que prolonguem sofrimento.

6.10.3. Manejo de Sintomas

Implementar orientações específicas para o controle de sinais e sintomas, tais como:

- Disfagia: modificação de consistência e posicionamento.
- Xerostomia: alimentos úmidos e estímulo salivar.
- Constipação: ajuste de fibras e hidratação, conforme tolerância.
- Náuseas: fracionamento, controle de temperatura e odor dos alimentos.

6.10.4. Apoio Emocional e Educativo

- Acolher dúvidas do paciente e familiares sobre alimentação.
- Orientar familiares sobre o processo natural de redução do apetite na terminalidade, prevenindo sentimento de culpa e ansiedade.
- Incentivar escolhas alimentares com significado afetivo, favorecendo momentos de prazer, vínculo e autonomia do paciente.
- Promover o respeito aos valores culturais e espirituais relacionados à alimentação.
- Participar de reuniões da equipe interdisciplinar, contribuindo com informações e decisões sobre o plano de cuidado nutricional.

6.11 Atribuições da Fisioterapia em Cuidados Paliativos


O fisioterapeuta é parte integrante da equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, contribuindo para a manutenção da funcionalidade, alívio de sintomas e promoção de conforto físico e emocional. Sua atuação tem como foco melhorar a qualidade de vida e preservar a dignidade do paciente, respeitando suas limitações e objetivos de cuidado.

6.11.1. Avaliação Funcional e Planejamento Terapêutico

- Realizar avaliação fisioterapêutica detalhada, considerando mobilidade, força muscular, amplitude de movimento, padrão respiratório e dor.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 17 de 29	

- Aplicar escalas funcionais adequadas para monitorar evolução clínica.
- Identificar limitações físicas e elaborar plano terapêutico individualizado, de acordo com o prognóstico e o estágio da doença.
- Estabelecer metas realistas, voltadas à autonomia possível e ao conforto do paciente.

6.11.2. Controle de Sintomas e Promoção do Conforto

- Atuar no alívio da dor e de sintomas físicos como dispneia, fadiga, secreções, rigidez e espasticidade.
- Utilizar técnicas de fisioterapia respiratória (manobras de higiene brônquica, exercícios ventilatórios suaves e posicionamento) para aliviar dispneia e ansiedade.
- Promover mobilização passiva ou ativa assistida, de acordo com tolerância, para prevenir complicações decorrentes da imobilidade (contraturas, úlceras de pressão, congestão pulmonar).
- Orientar sobre posturas que favoreçam o conforto e a respiração adequada.
- Utilizar recursos analgésicos não farmacológicos (calor, frio, alongamentos, eletroterapia leve, conforme avaliação e prescrição institucional).

6.11.3. Reabilitação e Manutenção da Funcionalidade

- Preservar, manter e restaurar, dentro das possibilidades clínicas, a integridade cinético-funcional do paciente.
- Estimular a realização de atividades de vida diária, conforme capacidade e interesse.
- Orientar familiares e cuidadores sobre transferências seguras, posicionamento e exercícios simples domiciliares.
- Contribuir para o treinamento e adaptação de dispositivos auxiliares de locomoção e conforto (andadores, cadeiras de rodas, suportes).

6.11.4. Cuidados nas Fases Avançadas e Finais da Vida


- Ajustar o plano terapêutico conforme o declínio funcional, priorizando conforto e alívio de sintomas.
- Evitar intervenções invasivas ou fatigantes que possam causar desconforto ou sofrimento adicional.
- Focar o atendimento em cuidados de posicionamento, higiene respiratória e relaxamento muscular.
- Proporcionar ambiente tranquilo e seguro, respeitando o tempo e o limite físico do paciente.

6.12 Atribuições da Psicologia em Cuidados Paliativos

O psicólogo atua na interface entre o cuidado físico e emocional, promovendo o acolhimento, a escuta qualificada e o apoio psicológico ao paciente, familiares e equipe de saúde. Seu trabalho visa favorecer o enfrentamento da doença, o alívio do sofrimento e a preservação da dignidade e do sentido de vida.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO Protocolo de Cuidados Paliativos	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
		Rev.	Página
		03	Página 18 de 29

6.12.1. Avaliação e Acompanhamento Psicológico

- Avaliar o estado emocional, o nível de compreensão e a aceitação do diagnóstico.
- Identificar sinais de sofrimento psíquico, ansiedade, depressão, medo ou negação.
- Auxiliar o paciente na expressão de sentimentos, elaboração de perdas e enfrentamento da finitude.
- Apoiar o processo de adaptação às mudanças impostas pela doença e pelo tratamento.

6.12.2. Apoio à Família

- Oferecer suporte psicológico aos familiares e cuidadores, preparando-os para as etapas do adoecimento e da terminalidade.
- Favorecer o diálogo e a comunicação entre paciente, família e equipe.
- Promover acompanhamento no período de luto, com atenção especial às reações emocionais intensas.

6.12.3. Apoio à Equipe de Saúde

- Contribuir para o manejo de situações de sofrimento emocional entre os profissionais.
- Participar das discussões de caso, auxiliando na compreensão dos aspectos subjetivos do paciente e familiares.
- Estimular a comunicação empática e a escuta ativa em toda a equipe assistencial.

6.12.4. Intervenções Terapêuticas

- Realizar atendimentos individuais ou familiares, conforme a necessidade.
- Aplicar técnicas de relaxamento, respiração, e intervenções de suporte à autonomia e espiritualidade do paciente.
- Promover ressignificação da experiência de adoecimento e reforço da identidade e autoestima.

6.13 Atribuições do Serviço Social em Cuidados Paliativos

O Serviço Social, no contexto dos cuidados paliativos, atua de forma ética, crítica e propositiva, visando viabilizar e garantir o acesso aos direitos sociais e a proteção integral do paciente em situação de vulnerabilidade social e risco social diante das suas condições clínicas, bem como de sua família. Em meio aos instrumentos técnicos, identificar as demandas e elaborar projetos de intervenções capaz de promover a justiça social, a defesa dos direitos humanos e a cidadania.


6.13.1. Avaliação Social

A avaliação social é o ponto de partida da intervenção do(a) assistente social, permitindo compreender a realidade do paciente e da sua família/rede de apoio.

- Realizar entrevista social com paciente e/ou familiares para compreender a dinâmica e a realidade socioeconômica, familiar, cultural, habitacional, territorial e comunitária.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	<h1>PROTOCOLO</h1>	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
	<h2>Protocolo de Cuidados Paliativos</h2>	Rev.	Página
03		Página 19 de 29	

- Identificar os marcadores sociais e os possíveis indícios de vulnerabilidade social e risco pessoal que possam impactar o tratamento e a continuidade do cuidado.
- Avaliar a estrutura e conjuntura familiar, identificando as possibilidades e limitações do núcleo familiar em prover cuidados.

6.13.2. Intervenção e Acompanhamento

A intervenção do Serviço Social visa a mediação entre necessidades e direitos, promovendo acesso a políticas públicas e fortalecendo os vínculos familiares:

- Realizar atendimento técnico com escuta qualificada pautada no Projeto ético-político.
- Viabilizar, orientar e informar sobre o acesso a benefícios, programas e serviços da seguridade social (BPC, Programa Bolsa Família, auxílio-doença, entre outros).
- Atuar no reconhecimento e identificação de potencialidades dos familiares/rede de apoio para alinhamento das condutas e decisões de cuidado junto da equipe multiprofissional.
- Desenvolver ações de forma interdisciplinar e multiprofissional vislumbrando a integralidade do atendimento prestado ao paciente e a família pela unidade hospitalar.
- Promover acolhimento ao paciente, familiares e cuidadores respeitando suas decisões referente as condutas adotadas pela equipe multiprofissional.

6.13.3. Articulação Institucional e Comunitária

A atuação do Serviço Social extrapola o espaço institucional e busca articular com a rede intersetorial para garantir continuidade do cuidado:

- Realizar articulação intersetorial com os equipamentos dos diversos setores das políticas públicas, terceiro setor, entidades da sociedade cível e entidades religiosas.
- Realizar encaminhamentos, produzir relatórios, pareceres sociais e sínteses informativas para os órgãos e serviços competentes.
- Realizar busca ativa e reuniões de equipe com profissionais dos equipamentos da rede intersetorial visando informações que fomente nossa atuação na unidade hospitalar.
- Contribuir para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar através da interlocução com a rede intersetorial e com a equipe multiprofissional da institucional, com foco na manutenção da qualidade de vida, no acesso a direitos e na valorização da função protetiva da família após a alta hospitalar.
- Estimular ações educativas voltadas a familiares e cuidadores, com foco em informações práticas, suporte emocional e no processo do cuidado e do luto.

6.14 Equipe Farmacêutica

6.14.1 Farmacologias Usadas em Fim de Vida

- Nas últimas horas de vida, todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e sempre que possível antevistos. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como apoio espiritual e familiar são fundamentais nesta fase.
- A terapêutica dirigida a pacientes em final de vida tem que seguir a lógica da racionalidade terapêutica de forma cuidadosa. A maioria dos medicamentos usados para o tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes pode ser suspensa quando paciente entra em

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



perfil de últimas 48 horas, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. Os sintomas desconfortáveis são prioridades absolutas e muitas vezes a terapêutica se dirige exclusivamente a estes. O uso profilático contra trombozes, antidepressivos, diuréticos, protetores gástricos (a menos que esteja em corticoterapia) também não justificam nesta fase.

A hipodermóclise é uma via alternativa de administração de medicamentos e fluidos, indicada principalmente em situações nas quais o acesso venoso é difícil ou inviável. Abaixo, apresenta-se uma relação de medicamentos compatíveis com a via subcutânea (hipodermóclise), considerando sua estabilidade, segurança e eficácia clínica conforme recomendações atuais. Parte desses medicamentos não apresentam descrição em bula sobre a possibilidade de serem administrados por essa técnica, dessa forma, quando prescritos, consideramos seu uso como "off label".

MEDICAMENTOS				
Nome	Dose	Diluição sugerida	Tempo de infusão sugerido	Observação
Ampicilina ⁴	1 g/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Cefepima ^{4,7}	1 g 12/12h ou 8/8h	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Cefotaxima ⁷	500 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Ceftazidima ⁷	500 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	
Ceftriaxone ^{4,7}	1 g 12/12h	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Potencial para irritação local.
Dexametasona ⁷	4 a 24 mg/dia	SF 0,9% 50 mL	30 minutos	Potencial para irritação local. Realizar em sítio exclusivo.
Dimenidrinato B6 ⁷	50 a 100 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Potencial para irritação local. Recomenda-se realizar em sítio exclusivo.
Dipirona ^{4,7}	1 a 2 g até de 6/6h ⁴	SF 0,9% 20 mL ⁷	Em bolus, lentamente.	Realizar em sítio exclusivo. Diluir o máximo tolerado.

Tabela 2 - Medicações, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermóclise (continuação). Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução

Escopolamina ^{4,7}	40 a 120 mg/dia	Se bolus: diluir 1 mL de medicamento em 1 mL de SF 0,9%. Se infusão contínua: SF 0,9% 50 a 250 mL ⁷ .	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Não confundir com a apresentação combinada com dipirona ⁴ .
Fenobarbital ⁴	100 a 600 mg/dia	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Pode causar dor e irritação local, infundir lentamente. Realizar em sítio exclusivo.
Furosemida ^{4,7}	20 a 140 mg/dia	SF 0,9% 10 mL ⁷	Em bolus, lentamente.	
Haloperidol ⁴	0,5 a 30 mg/dia	SF 0,9% 5 mL. Se a solução preparada tiver concentração de haloperidol \geq 1 mg/mL, recomenda-se usar água destilada como diluente (risco de precipitação com SF 0,9%).	Em bolus, lentamente.	Risco de precipitação com SF 0,9% (vide campo "diluição sugerida").
Meropenem ^{4,7}	0,5 a 1 g 8/8h	SF 0,9% 100 mL	60 minutos	Recomenda-se sítio exclusivo.
Metadona ^{4,7}	50% da dose oral	Se intermitente: diluir uma ampola em SF 0,9% 10 mL (pode ser diluído até 50 mL conforme tolerância do paciente). Se infusão contínua: SF 0,9% 50 a 250 mL ⁷ .	Se intermitente: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Irritante. Recomenda-se sítio exclusivo. Monitorar sítio de punção pelo alto risco de irritação local. Considerar trocar sítio de punção a cada 24 ou 48 horas ^{4,7} .
Metoclopramida ⁷	30-120 mg/dia	SF 0,9% 50 mL	30 minutos	Potencial para irritação local.

Tabela 2 - Medicções, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermólise (continuação). Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



Midazolam ⁴	1-5 mg (bolus) 10-120 mg/dia (contínuo) ⁴	SF 0,9% 10 mL (bolus) SF 0,9% 250 mL (infusão contínua)	Em bolus, lentamente; Contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Pode causar irritação local ⁴ . Atentar para a apresentação da ampola. Se uso para sedação paliativa, vide Cap. 26: Sedação paliativa: conceito, quando indicar e como fazer.
Morfina ⁴	Dose inicial: 2 a 3 mg 4/4h (se bolus) ou 10 a 20 mg/dia (se infusão contínua).	Se bolus: não requer diluição. Se infusão contínua: SF 0,9% 100mL.	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	
Octreotide ⁴	300-900 mcg/dia	Se bolus: SF 0,9% 5 mL. Se infusão contínua: SF 0,9% 100 mL.	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	Armazenamento em refrigerador – atentar para que se atinja a temperatura ambiente antes da administração. Recomenda-se sítio exclusivo.
Ondansetrona ⁷	8 a 24 mg/dia	SF 0,9% 50 mL	30 minutos	
Tramadol ⁴	100 a 400 mg/dia	Se bolus: SF 0,9% 20 mL. Se infusão contínua: SF 0,9% 100 mL.	Se bolus: lentamente. Se infusão contínua: velocidade conforme prescrição médica.	

Tabela 2 - Medicações, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermoclise (continuação).
Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



SOLUÇÕES				
Medicamento	Dose	Diluição sugerida	Tempo de infusão sugerido	Observação
Soro Fisiológico 0,9% ^{4,7}	Até 1500 mL/24h por sítio		Velocidade máxima 62,5 mL/h	Atentar para o volume máximo permitido na área puncionada (vide figura 1). Coxa é preferencial para volumes maiores.
glicofisiológico ^{4,7}	Até 1500 mL/24h por sítio		Velocidade máxima 62,5 mL/h	Atentar para o volume máximo permitido na área puncionada (vide figura 1). Coxa é preferencial para volumes maiores.
Soro glicosado 5% ^{4,7}	Até 1000 mL/24h por sítio		Velocidade máxima 62,5 mL/h	Atentar para o volume máximo permitido na área puncionada (vide figura 1). Coxa é preferencial para volumes maiores. Recomenda-se sítio exclusivo. Atentar para tolerância do paciente (dor).
Cloreto de sódio 20% (NaCl 20%)	10 mL/dia	SF 0,9% ou SG 5% 1000 mL	Como sempre requer diluição em SF 0,9% ou SG 5%, a velocidade máxima é de 62,5 mL/h.	Sempre requer diluição.

Tabela 2 - Medicações, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermóclise (conclusão). Fontes: adaptado de Azevedo (2017)⁴ e Pontalti et al. (2021)⁷. Legendas: SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



6.14.2 Compatibilidade entre as medicações

Para garantir a segurança e a eficácia da administração de medicação pela via subcutânea, é necessário avaliar a compatibilidade entre as medicações a serem administrada. A recomendação é que cada sítio de punção receba, no máximo, três medicamentos no mesmo horário, desde que sejam compatíveis entre si. Quando houver medicações incompatíveis, a recomendação é administrá-las em sítios diferentes (às vezes será necessário que o paciente tenha mais de uma hipodermoclise puncionada). Na impossibilidade de mais de um sítio de punção, administrar as medicações incompatíveis num intervalo de 2 a 3 horas entre elas. A tabela 2 traz as informações sobre compatibilidade:

Medicamentos	Cefepime	Ceftriaxona	Clorpromazina	Dexametasona	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotida	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Cefepime		○	○	✗	✗	●	✗	●	●	●	●	✗	●	●	●	✗	●
Ceftriaxona	○		✗	✗	✗	○	✗	●	✗	○	●	●	●	●	✗	✗	○
Clorpromazina	○	✗		✗	✗	○	✗	✗	●	○	●	●	●	●	○	●	○
Dexametasona	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Dipirona	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Escopolamina	●	○	○	✗	✗		✗	○	●	○	●	●	●	●	●	○	●
Fenobarbital	✗	✗	✗	✗	✗	✗		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Furosemida	●	●	✗	✗	✗	○	✗		✗	○	✗	✗	✗	○	✗	○	○
Haloperidol	●	✗	●	✗	✗	●	✗	✗		●	●	●	●	○	○	✗	●
Levomepromazina	●	○	○	✗	✗	○	✗	○	●		●	●	●	○	○	✗	○
Metoclopramida	●	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●		●	●	●	●	●	●
Midazolam	✗	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●	●		●	○	●	✗	✗
Morfina	●	●	●	✗	✗	●	✗	✗	●	●	●	●		●	●	●	✗
Octreotida	●	●	●	✗	✗	●	✗	○	○	○	●	○	●		●	○	○
Ondansetrona	●	✗	○	✗	✗	●	✗	✗	○	○	●	●	●	●		○	○
Ranitidina	✗	✗	●	✗	✗	○	✗	○	✗	✗	●	✗	●	○	○		○
Tramadol	●	○	○	✗	✗	●	✗	○	●	○	●	✗	✗	○	○	○	

Legenda: ○ Não Testado ✗ Incompatível ● Compatível

Tabela 2 - Tabela de compatibilidade por hipodermoclise. Fonte: adaptado de Azevedo (2017).


7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão:

- Pacientes com doenças progressivas e incuráveis (oncológicas e não oncológicas);

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 25 de 29	

- Pacientes com sofrimento físico, psíquico, social ou espiritual moderado a intenso;
- Pacientes com declínio funcional importante (PPS \leq 60%);
- Famílias que necessitem de suporte para enfrentamento e luto.

Exclusão:

- Pacientes em tratamento curativo exclusivo e sem sintomas limitantes;
- Casos em que não há consentimento do paciente ou responsável legal para abordagem paliativa.

8. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Capacitação permanente das equipes assistenciais em princípios de CP;
- Aplicação de protocolos de comunicação (más notícias, diretivas antecipadas);
- Avaliação precoce e sistemática dos sintomas;
- Intervenção multiprofissional imediata frente a sinais de sofrimento;
- Garantia de registro padronizado em prontuário;
- Integração com equipe de apoio e serviço social.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos*, 2023. Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSEB prática hospitalar. 2009; XI(65):1009-114.

Azevedo DL, organizator. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: SBGG; 2017 [cited 2023 Jul 20]. 60 p. Available from: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/11/SBGG_guiasubcutanea_2aedicao.pdf

Carone GF. Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos [master's thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [Internet]; 2016 [cited 2023 Jul 16]. 108 p. Available from: https://teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=27A8DF994482&lang=pt-br 2.

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. Porto Alegre: SULINA 2012.

Manual de Cuidados Paliativos: 2.ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 15 out. 2025.


MATSUMOTO, D. et al. *Cuidados Paliativos: princípios e práticas*. São Paulo, 2012.

Organização Mundial da Saúde. *Definition of Palliative Care*, 2002.

PINTO, A. L.; CAMPOS, C. L. *Interdisciplinaridade em Cuidados Paliativos*, 2016.

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



	PROTOCOLO	Codificação	
		PTL.SCBM.CPALI.001	
Protocolo de Cuidados Paliativos	Rev.	Página	
	03	Página 26 de 29	

Polastrini RT. Terapia subcutânea. In: Castilho RK, Silva VC, Pinto CS, editors. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2021. p. 467-71.

Pontalti G, Rodrigues ES, Firmino F, Fabris F, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Rev. HCPA [Internet]. 2012 [cited 2023 Jul 16];32(2). Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270/19181>

Pontalti G, Lima e Silva EC, Santos L, Santos LM. Guia prático de hipodermóclise em cuidados paliativos. Porto Alegre: Editora Essência; 2021. 116 p

Vasconcelos CF, Milão D. Hipodermóclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. Pajar [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 14]; 7(1). Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/pajar/article/view/32559/17942>

Vidal FK, Oselame GB, Neves EB, Oliveira EM. Hipodermóclise: revisão sistemática da literatura. Rev. Atenção Saúde [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 17];13(45). Available from: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2953/1784

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



10. ANEXOS

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Quadro 3 – ESAS-r na versão brasileira. Porto Alegre, RS, 2011.

11. HISTÓRICO DO DOCUMENTO

REVISÃO	DESCRIÇÃO DAS REVISÕES	RESPONSÁVEL	DATA ELABORAÇÃO
00	Emissão Inicial - Enfermeira Qualidade	Suelen Leal	10/10/2025
01	Revisão - Comissão Cuidados Paliativos	Bianca Neiva / Milena Viana / Melina Teles / Fabio Armando / Júlia Alves / Tiago Modesto/ Sirlene Almeida / Leonardo José	23/10/2025
02	Formatação Padrão (Transição para o modelo novo).	Daniani Rodrigues	27/10/2025
03	Revisão e Verificação Normativa	Milena Viana	28/10/2025

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



12. REGISTRO DO DOCUMENTO

REGISTRO DO DOCUMENTO			
REVISÃO	VERIFICAÇÃO NORMATIVA	VALIDAÇÃO QUALIDADE	APROVAÇÃO
Médica Paliativista	Médica Paliativista	Coordenação Enfermagem Qualidade	Gerente Assistencial
Milena Viana	Milena Viana	Suelen Leal	Rafaela Tinoco
Data:	Data:	Data:	Data:
Vigência: 02 anos a partir da data da aprovação.			

Vigência 10/2027 - Rev. 03
Proibida a Reprodução



APÊNDICE B

PRESTAÇÃO DE CONTAS



**PRESTAÇÃO DE CONTAS
EMENDAS PARLAMENTARES Nº 39300002**

Favorecido		Documento				Pagamento				Prestação de Contas	Pago por dia
Favorecido	CNPJ	Tipo documento	Nº NF	Emissão	Valor Bruto	Forma	Pagamento	Parcela	Valor Pago	Protocolo	
HOSPFAR IND E COM DE PROD HOSP AS	26.921.908/0002-02	Nota Fiscal	501934	02/12/2025	R\$ 6.709,80	Boleto	01/02/2026	2/2	R\$ 3.354,90	Materiais de consumo	R\$ 33.784,22
ESPECIFARMA COM. DE MEDICAMENTOS E PROD. HOSPITALARES LTDA	00.085.822/0001-12	Nota Fiscal	260089	02/12/2025	R\$ 40.068,45	Boleto	01/02/2026	2/2	R\$ 13.356,14	Materiais de consumo	
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	49.324.221/0016-90	Nota Fiscal	140372	02/12/2025	R\$ 784,00	Boleto	01/02/2026	3/3	R\$ 261,34	Materiais de consumo	
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	49.324.221/0001-04	Nota Fiscal	1895486	02/12/2025	R\$ 6.786,00	Boleto	01/02/2026	3/3	R\$ 2.262,04	Materiais de consumo	
LABORATORIOS B.BRAUN S.A.	31.573.254/0010-95	Nota Fiscal	1037967	03/12/2025	R\$ 3.291,33	Boleto	01/02/2026	2/2	R\$ 1.645,66	Materiais de consumo	
CIRURGICA FERNANDES C.MAT.HO.SO.LTDA	28.683.712/0001-71	Nota Fiscal	1934262	03/12/2025	R\$ 20.351,10	Transferência	01/02/2026	2/2	R\$ 10.259,19	Materiais de consumo	
PION G PLUS LTDA	01.675.208/0001-73	Nota Fiscal	102560	01/12/2025	R\$ 10.579,80	Boleto	01/02/2026	4/4	R\$ 2.644,95	Materiais de consumo	R\$ 3.676,70
PION G PLUS LTDA	01.675.208/0001-73	Nota Fiscal	103056	09/12/2025	R\$ 14.706,80	Boleto	03/02/2026	3/4	R\$ 3.676,70	Materiais de consumo	R\$ 3.676,70
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	49.324.221/0001-04	Nota Fiscal	1896539	08/12/2025	R\$ 600,00	Boleto	06/02/2026	3/3	R\$ 200,00	Materiais de consumo	R\$ 15.171,02
ANCORA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS	33.618.090/0001-38	Nota Fiscal	4213	08/12/2025	R\$ 16.293,50	Boleto	06/02/2026	2/2	R\$ 8.146,75	Materiais de consumo	
CIRURGICA FERNANDES C.MAT.HO.SO.LTDA	28.683.712/0001-71	Nota Fiscal	1935742	08/12/2025	R\$ 6.295,15	Boleto	06/02/2026	2/2	R\$ 3.147,57	Materiais de consumo	
PION G PLUS LTDA	01.675.208/0001-73	Nota Fiscal	103462	15/12/2025	R\$ 11.226,00	Boleto	09/02/2026	3/4	R\$ 2.806,50	Materiais de consumo	R\$ 10.569,96
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	49.324.221/0016-90	Nota Fiscal	141052	11/12/2025	R\$ 23.289,90	Boleto	09/02/2026	3/3	R\$ 7.763,46	Materiais de consumo	
PION G PLUS LTDA	01.675.208/0001-73	Nota Fiscal	103056	09/12/2025	R\$ 14.706,80	Boleto	10/02/2026	4/4	R\$ 3.676,70	Materiais de consumo	R\$ 3.676,70
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	49.324.221/0016-90	Nota Fiscal	141267	15/12/2025	R\$ 23.504,50	Boleto	12/02/2026	3/3	R\$ 7.835,00	Materiais de consumo	R\$ 7.835,00
PION G PLUS LTDA	01.675.208/0001-73	Nota Fiscal	103462	15/12/2025	R\$ 11.226,00	Boleto	16/02/2026	4/4	R\$ 2.806,50	Materiais de consumo	R\$ 2.806,50
					R\$ 210.419,13					R\$ 73.843,40	

Flávio Inácio Oliveira
Gerente de Contabilidade e Finanças