



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**  
**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**LILIANE CRISTINA BRAGA**

**O PROTOCOLO CLÍNICO E O CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES:**  
**um estudo do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na Fundação**  
**Hospitalar do Estado de Minas Gerais**

**Belo Horizonte**

**2017**

**Liliane Cristina Braga**

**O PROTOCOLO CLÍNICO E O CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES:  
um estudo do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na Fundação  
Hospitalar do Estado de Minas Gerais**

**Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial do Curso de Mestrado em Administração, do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do Departamento de Ciências Administrativas da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.**

**Linha de pesquisa: Finanças.**

**Orientador: Prof. Márcio Augusto Gonçalves, PhD.**

**Belo Horizonte**

**2017**

Ficha Catalográfica

B813p  
2017  
Braga, Liliane Cristina.  
O protocolo clínico e o custeio baseado em atividades [manuscrito] : um estudo do processo de tratamento da úlcera por pressão na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / Liliane Cristina Braga. – 2017. 222 f.: il. e tabs.

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.  
Inclui bibliografia (f. 168-179), apêndices e anexos.

1. Hospitais – Administração – Teses. 2. Custeio baseado em atividades – Teses. 3. Úlcera por pressão – Teses. I. Gonçalves, Márcio Augusto. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658.9161

Ao Gabriel Naves, pelo companheirismo  
no amor, na vida e nos sonhos.  
Aos meus familiares e amigos, pelo  
apoio e incentivo.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por montar a melhor equipe para a realização deste sonho.

Professor e orientador Márcio Augusto Gonçalves, muito obrigada pela confiança. Você contribuiu muito para o meu crescimento (principalmente quando me fez pensar com a ótica da ciência social aplicada). Você me ensinou a diferença entre fazer pesquisa científica e fazer auditoria. Além disso, me mostrou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS). Por tudo isso, lhe sou muito grata.

Gabriel Naves, muito obrigada pela paciência, companheirismo e amor. Você me ajudou muito, do início ao fim. Sua disponibilidade e suas múltiplas competências contribuíram bastante para este trabalho. Esta vitória também é sua!

Familiares e amigos, muito obrigada pelo incentivo constante e pela compreensão da minha ausência.

Gabriel Naves, Patrícia Correa, Gláucia Vale, Cristiana Lara, Alice Oleto, Bernardo Franco, Anderson Rocha, Simone Fonseca, Heloísa Drumond, Yasmine Cunha, Daniella Campos, Marcelo Aureliano e Sérgio Pace, muito obrigada pela tranquilidade que me proporcionaram nos vários momentos difíceis.

Amigos da ETEG e da FHEMIG, muito obrigada por tudo. Tive o privilégio de conviver com vocês durante todo o mestrado. Vários gestos me fizeram perceber o quanto vocês torceram pela realização deste sonho.

Nicole Turcheti, Gláucia Moraes, Beatriz Ribeiro, Alda Sousa, Daniela Neto, Fabiana Pimenta, Guilherme Garcia, Andreia Torres, Deise Campos, Fernando Volpe, Iriam Starling e Márcia Silva, muito obrigada por toda disponibilidade, orientação e apoio.

Participantes da pesquisa, muito obrigada pelo comprometimento e paciência.

Turma do mestrado CEPEAD de 2015, muito obrigada pela amizade e auxílio nesta jornada.

Professores do CEPEAD e queridos alunos do estágio docente, muito obrigada pela dedicação e por todo o conhecimento que vocês transmitiram. Aprendi muito com vocês.

Colaboradores do CEPEAD, muito obrigada pelo suporte e atenção.

## RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo investigar como atuam Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades quando utilizados juntos na compreensão do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Classifica-se como uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa. O método aplicado foi o estudo de caso. Por meio de pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, foi realizado o mapeamento dos processos do Protocolo Clínico de Úlceras por Pressão da FHEMIG. Por meio de observações, entrevistas semiestruturadas e grupos focais, foi realizado o Custeio Baseado em Atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e na Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) do Hospital João XXIII (HJXXIII) da FHEMIG. O mapeamento dos processos foi validado em painéis de especialistas. Os custos diretos (material de consumo e pessoal) foram alocados nas atividades. O Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) da FHEMIG e o Armazém de Informações da Administração Pública do Estado de Minas Gerais (Armazém SIAD) forneceram valores dos custos diretos. Os custos indiretos não foram incluídos no custeio devido à dificuldade de coletar dados para definir os direcionadores. O mapeamento dos processos do Protocolo Clínico e o Custeio Baseado em Atividades foram comparados. Os resultados mostram que Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades são ferramentas de gestão complementares na compreensão do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na FHEMIG. Espera-se que os resultados desta pesquisa (1) contribuam na atualização do Protocolo de Úlcera por Pressão da FHEMIG e (2) apoiem a gestão na identificação de atividades estratégicas e nas tomadas de decisão. Tudo isso com a intenção de melhorar o atendimento ao paciente, considerando a sustentabilidade da FHEMIG.

Palavras-chave: Protocolo Clínico. Custeio Baseado em Atividades. Úlcera por Pressão. Gestão Hospitalar. Gestão por Processos.

## **ABSTRACT**

This research aims to investigate how Clinical Protocol and Activity-Based Costing perform when used together in understanding the Pressure Ulcer Treatment process at the Hospital Foundation of the State of Minas Gerais (FHEMIG). This is an exploratory research with a qualitative and quantitative approach. Case study was the applied method. Through desk research, semi-structured interviews and focus groups, the Clinical Protocol processes for Pressure Ulcers at FHEMIG were mapped out. The Costing Based on Pressure Ulcer Treatment Activities at the Intensive Care Unit (ICU) Adult and the Extended Care Unit (UCP) of FHEMIG's João XXIII Hospital (HJXXIII) was carried out through observations, semi-structured interviews and focus groups. The mapping of the processes was validated in expert panels. The direct costs (equipment and personnel costs) were allocated in the activities. The Integrated Hospital Management System of FHEMIG and the Information Warehouse of the Public Administration of the State of Minas Gerais (SIAD) provided the direct cost values. Indirect costs were not included in costing due to the difficulty in collecting data to define the drivers. The mapping of the Clinical Protocol processes and the Activity-Based Costing were compared. The results show that Clinical Protocol and Activity-Based Costing are complementary management tools in understanding the process of Pressure Ulcer Treatment at FHEMIG. This research intends to (1) contribute to the update of FHEMIG's Pressure Ulcer Clinical Protocol, (2) support management in identifying strategic activities and guiding the decision making. By doing so, this research aims to have an impact on the quality of patient care, considering FHEMIG's sustainability.

**Keywords:** Clinical Protocol. Activity-Based Costing. Pressure Ulcer. Hospital Management. Process Management.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo Avaliar pele .....	76
Figura 2 - Subprocesso Avaliar UP.....	77
Figura 3 - Subprocesso Mensurar UP.....	78
Figura 4 - Subprocesso Mensurar área .....	79
Figura 5 - Subprocesso Mensurar descolamento da ferida.....	80
Figura 6 - Subprocesso Mensurar profundidade da lesão .....	81
Figura 7 - Subprocesso Prescrever o tratamento .....	82
Figura 8 - Subprocesso Identificar risco de desenvolver UP .....	83
Figura 9 - Subprocesso Realizar triagem nutricional.....	84
Figura 10 - Subprocesso Planejar as medidas preventivas .....	85
Figura 11 - Subprocesso Realizar avaliação nutricional .....	86
Figura 12 - Subprocesso Adotar medidas específicas de acordo com o risco atribuído ao paciente.....	87
Figura 13 - Processo Realizar medidas preventivas com a pele.....	88
Figura 14 - Processo Capacitar equipe multiprofissional.....	89
Figura 15 - Processo Realizar avaliação médica .....	90
Figura 16 - Processo Monitorar farmacoterapia .....	91
Figura 17 - Processo Contribuir na reabilitação/deambulação .....	91
Figura 18 - Processo Realizar atendimento social .....	92
Figura 19 - Processo Realizar atendimento psicológico .....	92
Figura 20 - Processo Participar de capacitação .....	93
Figura 21 - Processo Avaliar pele .....	98
Figura 22 - Processo Avaliar UP .....	100
Figura 23 - Processo Solicitar material especial para curativo .....	102
Figura 24 - Subprocesso Realizar curativo – UTI-Adulto.....	104
Figura 25 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial – UTI-Adulto .....	106
Figura 26 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial – UTI-Adulto .....	109
Figura 27 - Subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável - UTI-Adulto .....	111
Figura 28 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção – UTI-Adulto.....	113
Figura 29 - Subprocesso Realizar curativo - UCP .....	115



<b>Figura 30 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial - UCP.....</b>	<b>117</b>
<b>Figura 31 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial - UCP.....</b>	<b>119</b>
<b>Figura 32 - Subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável - UCP .....</b>	<b>121</b>
<b>Figura 33 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP .....</b>	<b>123</b>
<b>Figura 34 - Subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção .....</b>	<b>125</b>
<b>Figura 35 - Processo Avaliar UP – Médico Cirurgião Plástico .....</b>	<b>127</b>
<b>Figura 36 - Processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico.....</b>	<b>129</b>
<b>Figura 37 - Processo Realizar triagem nutricional .....</b>	<b>130</b>
<b>Figura 38 - Processo Realizar avaliação nutricional .....</b>	<b>131</b>
<b>Figura 39 - Processo Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva .....</b>	<b>132</b>
<b>Figura 40 - Processo Realizar prescrição médica .....</b>	<b>134</b>
<b>Figura 41 - Processo Realizar atendimento fisioterápico .....</b>	<b>135</b>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Template de Atributos do Protocolo Clínico .....	24
Quadro 2 - Avaliação da qualidade de um protocolo clínico pelo AGREE II ...	28
Quadro 3 - Avaliação de protocolo clínico pela OMS .....	30
Quadro 4 - Serviços prestados pela FHEMIG .....	46
Quadro 5 - Protocolos publicados na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG.....	58
Quadro 6 - Protocolos Clínicos Implantados em dezembro de 2016 .....	60
Quadro 7 - Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão .....	75
Quadro 8 - Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão .....	95
Quadro 9 - Prescrição de curativo conforme o protocolo clínico.....	143
Quadro 10 - Definição de curativo na UTI-Adulto.....	145
Quadro 11 - Definição de curativo na UCP.....	146

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas de ocupação e mortalidade hospitalar nas unidades da FHEMIG .....	49
Tabela 2 - Unidades assistenciais da FHEMIG .....	50
Tabela 3 - Leitos das unidades assistenciais da FHEMIG .....	52
Tabela 4 - Incidência e prevalência da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII .....	65
Tabela 5 - Número total de pacientes avaliados por meio da escala de Braden na admissão UTI - Adulto .....	66
Tabela 6 - Número total de pacientes avaliados por meio da escala de Braden na admissão - UCP .....	67
Tabela 7 - Custo do macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão .....	96
Tabela 8 - Custo do macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão realizado em paciente que não possui UP e em dia de troca de curativo de prevenção .....	97
Tabela 9 - Custo do processo Avaliar pele .....	99
Tabela 10 - Custo do processo Avaliar UP .....	101
Tabela 11 - Custo do processo Solicitar material especial para curativo .....	102
Tabela 12 - Custo do subprocesso Realizar curativo – UTI-Adulto .....	105
Tabela 13 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial – UTI-Adulto .....	107
Tabela 14 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial – UTI-Adulto .....	110
Tabela 15 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável - UTI-Adulto .....	111
Tabela 16 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção – UTI-Adulto .....	113
Tabela 17 - Custo subprocesso Realizar curativo - UCP .....	116
Tabela 18 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial - UCP .....	118
Tabela 19 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial - UCP .....	120
Tabela 20 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável - UCP .....	121
Tabela 21 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP .....	123
Tabela 22 - Custo do subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção .....	125

<b>Tabela 23 - Custo do processo Avaliar UP – Médico Cirurgião Plástico.....</b>	<b>127</b>
<b>Tabela 24 - Custo do processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico .....</b>	<b>129</b>
<b>Tabela 25 - Custo do processo Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva .....</b>	<b>133</b>
<b>Tabela 26 - Custo do processo Realizar prescrição médica .....</b>	<b>134</b>
<b>Tabela 27 - Custo do processo Realizar atendimento fisioterápico .....</b>	<b>136</b>
<b>Tabela 28 - Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI - Adulto.....</b>	<b>169</b>
<b>Tabela 29 - Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UCP .....</b>	<b>189</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	<i>Activity Based Costing</i>
AGREE II	<i>Appraisal of Guideline for Research &amp; Evaluation II</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
ATS	Avaliação em Tecnologia da Saúde
CCPC	Comissão Central de Protocolos Clínicos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPTL	Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões
DIRASS	Diretoria Assistencial
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GRADE	<i>Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation</i>
HJXXIII	Hospital João XXIII
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES - MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIGH	Sistema Integrado de Gestão Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UP	Úlcera por Pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivo .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3</b>	<b>Justificativa.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Protocolo Clínico.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Etapas para elaboração de um protocolo clínico.....</b>	<b>22</b>
2.1.1.1	<i>Etapa 1 – Definição de tema, escopo e questões .....</i>	<i>23</i>
2.1.1.2	<i>Etapa 2 – Pesquisa bibliográfica .....</i>	<i>23</i>
2.1.1.3	<i>Etapa 3 – Definição das recomendações e descrição do protocolo .....</i>	<i>23</i>
2.1.1.4	<i>Etapa 4 – Submissão à revisão interna, externa ou consulta pública, quando aplicável.....</i>	<i>27</i>
2.1.1.5	<i>Etapa 5 – Redação e publicação da versão final, após revisão .....</i>	<i>31</i>
2.1.1.6	<i>Etapa 6 - Difusão, disseminação e uso do protocolo.....</i>	<i>32</i>
2.1.1.7	<i>Etapa 7 - Monitoramento e avaliação.....</i>	<i>32</i>
2.1.1.8	<i>Etapa 8 – Atualização periódica .....</i>	<i>32</i>
<b>2.2</b>	<b>Custeio baseado em atividades (ABC).....</b>	<b>32</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Origem e versões do ABC .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Elementos do ABC .....</b>	<b>36</b>
2.2.2.1	<i>Atividades.....</i>	<i>36</i>
2.2.2.2	<i>Direcionadores de custo.....</i>	<i>37</i>
<b>2.2.3</b>	<b>Etapas para aplicação do ABC.....</b>	<b>38</b>
2.2.3.1	<i>Etapa 1 – Elaboração do projeto de aplicação do ABC contendo objetivos, escopo, envolvidos, produtos esperados e recursos necessários .....</i>	<i>39</i>
2.2.3.2	<i>Etapa 2 – Definição da coleta de dados .....</i>	<i>39</i>
2.2.3.3	<i>Etapa 3 – Mapeamento dos processos .....</i>	<i>40</i>
2.2.3.4	<i>Etapa 4 – Desenvolvimento do dicionário de atividades .....</i>	<i>40</i>
2.2.3.5	<i>Etapa 5 – Custeamento das atividades e processos.....</i>	<i>41</i>
2.2.3.6	<i>Etapa 6 – Análise das atividades e processos .....</i>	<i>41</i>
<b>2.3</b>	<b>Tratamento da Úlcera por Pressão .....</b>	<b>41</b>
<b>2.4</b>	<b>A instituição pesquisada: a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais .....</b>	<b>44</b>
<b>2.4.1</b>	<b>Histórico e representatividade da Fundação .....</b>	<b>44</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Custos na FHEMIG .....</b>	<b>53</b>
<b>2.4.3</b>	<b>Protocolos clínicos na FHEMIG .....</b>	<b>55</b>
<b>2.4.4</b>	<b>O Hospital João XXIII .....</b>	<b>64</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1</b>	<b>Caracterização da Pesquisa .....</b>	<b>70</b>

3.2	<b>Fases da pesquisa.....</b>	<b>71</b>
4	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
4.1	<b>O protocolo clínico.....</b>	<b>74</b>
4.1.1	<b>Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão .....</b>	<b>74</b>
4.1.2	<b>Processo Avaliar Pele.....</b>	<b>76</b>
4.1.3	<b>Subprocesso Avaliar UP.....</b>	<b>77</b>
4.1.4	<b>Subprocesso Mensurar UP.....</b>	<b>78</b>
4.1.5	<b>Subprocesso Mensurar área lesada .....</b>	<b>79</b>
4.1.6	<b>Subprocesso Mensurar descolamento da ferida.....</b>	<b>80</b>
4.1.7	<b>Subprocesso Mensurar profundidade da lesão.....</b>	<b>81</b>
4.1.8	<b>Subprocesso Prescrever o tratamento.....</b>	<b>82</b>
4.1.9	<b>Subprocesso Identificar risco de desenvolver UP .....</b>	<b>83</b>
4.1.10	<b>Subprocesso Realizar triagem nutricional.....</b>	<b>84</b>
4.1.11	<b>Subprocesso Planejar as medidas preventivas .....</b>	<b>85</b>
4.1.12	<b>Subprocesso Realizar avaliação nutricional.....</b>	<b>86</b>
4.1.13	<b>Subprocesso Adotar medidas específicas de acordo com o risco atribuído ao paciente .....</b>	<b>87</b>
4.1.14	<b>Subprocesso Realizar medidas preventivas com a pele .....</b>	<b>88</b>
4.1.15	<b>Processo Capacitar equipe multiprofissional.....</b>	<b>89</b>
4.1.16	<b>Processo Realizar avaliação médica .....</b>	<b>90</b>
4.1.17	<b>Processo Monitorar farmacoterapia .....</b>	<b>91</b>
4.1.18	<b>Processo Contribuir na reabilitação/deambulação .....</b>	<b>91</b>
4.1.19	<b>Processo Realizar atendimento social .....</b>	<b>92</b>
4.1.20	<b>Processo Realizar atendimento psicológico.....</b>	<b>92</b>
4.1.21	<b>Processo Participar de capacitação .....</b>	<b>93</b>
4.2	<b>O custeio baseado em atividades.....</b>	<b>93</b>
4.2.1	<b>Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão .....</b>	<b>93</b>
4.2.2	<b>Processo Avaliar Pele.....</b>	<b>97</b>
4.2.3	<b>Subprocesso Avaliar Up.....</b>	<b>99</b>
4.2.4	<b>Subprocesso Solicitar Material Especial para Curativo.....</b>	<b>101</b>
4.2.5	<b>Subprocesso Realizar Curativo.....</b>	<b>103</b>
4.2.5.1	<b>Subprocesso Realizar Curativo - Uti-Adulto .....</b>	<b>103</b>
4.2.5.1.1	<b>Subprocesso Realizar Curativo em UP Grau II, III ou IV com Material Especial – Uti-Adulto .....</b>	<b>105</b>
4.2.5.1.2	<b>Subprocesso Realizar Curativo em UP Grau II, III ou IV sem Material Especial – Uti-Adulto .....</b>	<b>107</b>
4.2.5.1.3	<b>Subprocesso Realizar Curativo em Up Não Estadiável – Uti-Adulto .....</b>	<b>110</b>
4.2.5.1.4	<b>Subprocesso Realizar Curativo em UP Grau I ou Área que necessita de prevenção – Uti-Adulto .....</b>	<b>112</b>
4.2.5.2	<b>Subprocesso Realizar Curativo – UCP.....</b>	<b>114</b>
4.2.5.2.1	<b>Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial – UCP.....</b>	<b>116</b>

4.2.5.2.2	Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial – UCP.....	118
4.2.5.2.3	Subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável – UCP .....	120
4.2.5.2.4	Subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção – UCP .....	122
<b>4.2.6</b>	<b>Subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção .....</b>	<b>124</b>
<b>4.2.7</b>	<b>Processo Avaliar UP - médico cirurgião plástico.....</b>	<b>126</b>
<b>4.2.8</b>	<b>Processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico.....</b>	<b>127</b>
<b>4.2.9</b>	<b>Processo Realizar triagem nutricional .....</b>	<b>130</b>
<b>4.2.10</b>	<b>Processo Realizar avaliação nutricional .....</b>	<b>130</b>
<b>4.2.11</b>	<b>Processo Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva .....</b>	<b>131</b>
<b>4.2.12</b>	<b>Processo Realizar prescrição médica .....</b>	<b>133</b>
<b>4.2.13</b>	<b>Processo Realizar atendimento fisioterápico .....</b>	<b>134</b>
<b>4.3</b>	<b>O protocolo clínico e o custeio baseado em atividades .....</b>	<b>136</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Visão geral .....</b>	<b>136</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Público-alvo .....</b>	<b>137</b>
<b>4.3.3</b>	<b>Identificar risco de desenvolver UP.....</b>	<b>137</b>
<b>4.3.4</b>	<b>Avaliar pele .....</b>	<b>138</b>
<b>4.3.5</b>	<b>Avaliar UP .....</b>	<b>139</b>
<b>4.3.6</b>	<b>Solicitar material especial para curativo .....</b>	<b>140</b>
<b>4.3.7</b>	<b>Monitorar farmacoterapia .....</b>	<b>141</b>
<b>4.3.8</b>	<b>Realizar curativo.....</b>	<b>141</b>
<b>4.3.9</b>	<b>Realizar medidas preventivas com a pele.....</b>	<b>146</b>
<b>4.3.10</b>	<b>Implementar uso adequado de dispositivos e superfícies redutoras de pressão.....</b>	<b>147</b>
<b>4.3.11</b>	<b>Planejar a assistência de enfermagem.....</b>	<b>147</b>
<b>4.3.12</b>	<b>Planejar junto à equipe multiprofissional as medidas preventivas .....</b>	<b>148</b>
<b>4.3.13</b>	<b>Realizar medidas educativas e participar de capacitação.....</b>	<b>148</b>
<b>4.3.14</b>	<b>Realizar avaliação médica .....</b>	<b>149</b>
<b>4.3.15</b>	<b>Realizar desbridamento ou cirurgia para fechar UP .....</b>	<b>150</b>
<b>4.3.16</b>	<b>Contribuir na reabilitação/deambulação .....</b>	<b>150</b>
<b>4.3.17</b>	<b>Realizar atendimento social .....</b>	<b>150</b>
<b>4.3.18</b>	<b>Realizar atendimento psicológico.....</b>	<b>150</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>151</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>154</b>
	<b>APÊNDICE A – Carta-convite.....</b>	<b>166</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>168</b>
	<b>APÊNDICE C – Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão .....</b>	<b>169</b>



<b>ANEXO A - Lista de materiais especiais do HJXXIII .....</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO B - Protocolo Clínico 013 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão .....</b>	<b>208</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Protocolos Clínicos são diretrizes sistematizadas, baseadas em evidências científicas, com o objetivo de padronizar o atendimento de saúde, garantindo qualidade, segurança, eficiência no consumo de recursos e otimização de custos (CLINICAL PRACTICE GUIDELINES, 2016). Para Vasconcellos-Silva (2005) a medicina baseada em evidências (MBE) é justificada por custos cada vez mais elevados, métodos pedagógicos obsoletos, extensão e heterogeneidade da produção científica. De acordo com FHEMIG (2014), os protocolos auxiliam profissionais e pacientes, permitem a disseminação de boas práticas, propiciam o *benchmarking* e contribuem para o equilíbrio financeiro da organização.

Segundo Adratt (2004), os protocolos clínicos estão crescendo rapidamente em importância e utilização na área da saúde. Desde o ano 2000, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) coordenam o Projeto Diretrizes, que elabora diretrizes médicas baseadas em evidências científicas para auxiliar na decisão médica e otimizar o cuidado aos pacientes. Portela (2003) listou 57 organizações profissionais, governamentais e acadêmicas, de 9 países, que estão trabalhando na produção e disseminação de diretrizes. O Ministério da Saúde (2014) também cria e divulga protocolos clínicos (SAÚDE, 2013).

Dantas, Torres e Dantas (2012) concluíram que a utilização de protocolos clínicos favorece o processo de cicatrização das feridas. Rutten et al (2016) mostraram que maiores adesões ao protocolo de dor lombar estão relacionadas a melhores resultados físicos do paciente e menor utilização do serviço assistencial. Farias e Moreira (2012) encontraram um resultado concordante com a orientação da I Diretriz Brasileira de Dor Torácica na Sala de Emergência, que enfatiza o grande benefício do uso de protocolos para a prática médica emergencial.

*Activity Based Costing* (ABC) – Custeio Baseado em Atividades – é um método de custeio inserido na contabilidade gerencial para auxílio à tomada de decisão e à implementação de estratégias da organização (BALDOINO; BORBA, 2011). Ele rastreia os custos, permitindo análise e monitoramento do consumo de recursos por atividade do processo (NAKAGAWA, 2001). Além disso, possibilita avaliação dos processos, identificando atividades que não agregam valor.

Baldoino e Borba (2011) levantaram o desenvolvimento da pesquisa internacional sobre o ABC no período de 2001 a 2010, com ênfase em determinados

parâmetros. Eles destacaram os setores de serviços hospitalar e industrial como os que mais realizam aplicações do ABC. Os hospitais foram tema de aplicação em quatro dos dez estudos que aplicaram o ABC no setor de serviços. Em 2002, somente o setor industrial se destacava na aplicação do ABC (BJORNENAK; MITCHELL, 2002). Para Baldoino e Borba (2011), os estudos do ABC no setor hospitalar estão sendo impulsionados pela complexidade da organização em conjunto com a proposta do ABC.

Gonçalves, Zac e de Amorim (2009) concluíram que o Custeio Baseado em Atividades é fundamental para a gestão hospitalar. Após aplicarem o ABC em um hospital, esses autores perceberam que a maioria dos procedimentos apresentaram custo maior do que o valor recebido. Além disso, o mapeamento dos processos evidenciou outros pontos importantes para a gestão: profissionais em desvio de função e falta de padronização de processos, por exemplo. O Custeio Baseado em Atividades permite planejamento e controle, já que mostra os recursos consumidos em cada atividade (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

O Protocolo Clínico e o Custeio Baseado em Atividades são ferramentas de gestão centradas no estudo dos processos de trabalho. A compreensão dos processos de trabalho é relevante na tomada de decisão. Assim, buscando entender a atuação conjunta dessas duas ferramentas, esta pesquisa visou responder à seguinte pergunta: **Como atuam Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades quando utilizados juntos na compreensão do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais?**

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) é representativa no setor Saúde, por ser uma rede com 21 hospitais distribuídos no estado de Minas Gerais, prestando assistência exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é referência em atendimentos de urgência e emergência, saúde mental, maternidade de alto risco e saúde do idoso (FHEMIG, 2016).

O Tratamento da Úlcera por Pressão é significativo, porque as lesões trazem danos consideráveis ao paciente, por exemplo, dificultam a recuperação do diagnóstico inicial, causam dor e infecções graves, além do que elas têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade (SAÚDE, 2013).

A úlcera por pressão é um evento adverso relacionado ao cuidado de saúde e é o terceiro tipo de evento mais notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente

(NSPs) dos hospitais brasileiros. Reduzir o risco de úlceras por pressão é uma das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente e uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS) para a segurança do paciente (FIOCRUZ, 2015). A FHEMIG e o MS possuem protocolos clínicos de prevenção e Tratamento da Úlcera por Pressão.

Em 13 de abril de 2016, a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) – organização norte-americana sem fins lucrativos e reconhecida mundialmente na prevenção e no Tratamento da Úlcera por Pressão – anunciou mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão (NPUAP, 2016). Até o final desta pesquisa (junho de 2017), o MS e a FHEMIG não haviam se posicionado sobre essa alteração. Por isso, este trabalho utiliza o termo Úlcera por Pressão.

### **1.1 Objetivo**

Analisar como atuam Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades quando utilizados juntos na compreensão do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

### **1.2 Objetivos específicos**

- Mapear os processos do Protocolo Clínico de Tratamento da Úlcera por Pressão da FHEMIG.
- Realizar o Custeio Baseado em Atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na FHEMIG.
- Analisar e discutir os resultados do uso do Protocolo Clínico e do Custeio Baseado em Atividades na compreensão do Tratamento da Úlcera por Pressão na FHEMIG.

### **1.3 Justificativa**

A escolha do tema foi motivada pela importância do Protocolo Clínico e do Custeio Baseado em Atividades na gestão hospitalar e pela lacuna na literatura com relação ao uso, em conjunto, dessas ferramentas.

Para Foucault (1992), a formatação da organização hospitalar moderna contempla o controle de processos com base em informações e registros que fundamentam sua prática. O Protocolo Clínico sistematiza processos para auxiliar as decisões do profissional de saúde acerca dos cuidados mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas (WOOLF et al., 1999). O Custeio Baseado em Atividades mapeia os processos e, em seguida, a origem e formação de custos dos bens ou serviços, proporcionando a informação de custos como metainformação (informação de informações) e indicador de resultados (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

Gonçalves et al. (2010) descrevem que a organização hospitalar exige informações mais elaboradas para analisar os processos, controlar os recursos e tomar as decisões nos níveis estratégico e operacional. Esses mesmos autores comentam que o planejamento e o controle nos hospitais requerem o encontro das duas áreas: conhecimento assistencial e conhecimento administrativo. Não foi encontrado na literatura estudo do uso, em conjunto, do Protocolo Clínico e do Custeio Baseado em Atividades.

A literatura científica contém estudos relacionados ao Custeio ABC em hospitais, principalmente no que diz respeito à implantação do ABC em atividades hospitalares e comparação entre sistema de custeio ABC com outros sistemas de custeio tradicionais. Sobre protocolos clínicos, a literatura contempla estudos a respeito de resultados assistenciais gerados com a implantação de protocolos clínicos, e, também, Yonashiro e Bonacim (2014), que construíram um protocolo para pesquisas de campo que são conduzidas para observar a influência dos protocolos clínicos nos processos de mensuração de custos e inovação dos hospitais universitários brasileiros.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Protocolo Clínico

Os serviços de saúde apresentam grande variabilidade de condutas clínicas, a maioria sem evidência científica relevante (RIBEIRO, 2010). Diante dessa heterogeneidade surge a necessidade de uma gestão capaz de instrumentalizar os profissionais de saúde e homogeneizar as condutas, tornando-as mais efetivas e com custos mais razoáveis (RIBEIRO, 2010). Essa gestão tem se manifestado na forma de Protocolos Clínicos, que são instrumentos de normatização com características pedagógicas e exigências de robustez científicas nos seus desenhos (RIBEIRO, 2010). Para o MS (2014), os Protocolos Clínicos são efetivos em melhorar os processos e a estrutura dos cuidados em saúde.

De acordo com Woolf et al. (1999), protocolos clínicos são recomendações elaboradas de forma sistemática para auxiliar as decisões do profissional de saúde e do paciente acerca dos cuidados mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas. Eles desempenham um papel importante na formação de políticas de saúde e abrangem tópicos em todo o processo de cuidados, por exemplo, promoção da saúde, rastreamento e diagnóstico (COMMITTEE TO ADVISE THE PUBLIC HEALTH SERVICE ON CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IOM, 1990) (BROWMAN; SNIDER; ELLIS, 2003).

O Ministério da Saúde (2014) e o CONITEC (2016) definem protocolo clínico como um conjunto de informações que objetivam: (1) estabelecer critérios para o diagnóstico de uma doença e (2) determinar algoritmos de tratamento e acompanhamento do paciente, contemplando mecanismos para monitorar a efetividade do tratamento e os possíveis efeitos adversos. Os protocolos clínicos contêm informações sobre medicamentos, exames e demais terapias. Eles são elaborados a partir de dados confiáveis e com qualidade científica para serem utilizados por gestores e profissionais de saúde com o intuito de orientar a prescrição, facilitar auditorias, nortear gestores e estimular o controle social relacionado ao uso de tecnologias (CONITEC, 2016).

No contexto de protocolos clínicos, tecnologia refere-se a produtos biotecnológicos, medicamentos, equipamentos médicos, procedimentos terapêuticos e sistemas de apoio à decisão (CLIFFORD, 1994). A Avaliação de Tecnologia em

Saúde (ATS) constitui um processo sistemático de investigação das consequências clínicas, econômicas, sociais e ambientais da utilização das tecnologias em saúde. A ATS analisa os seguintes aspectos: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, relações de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, equidade, ética e outras variáveis envolvidas na tomada de decisão dos gestores em saúde (DOS MINISTÉRIOS, 2006).

A ATS fornece subsídios críticos para a elaboração dos protocolos clínicos, uma vez que equipes interdisciplinares analisam e sintetizam, de forma rigorosa, um grande volume de conhecimento científico na área de saúde sobre os diferentes efeitos e danos das tecnologias (RIBEIRO, 2010). Para Werneck, de Faria e Campos (2009), a incorporação de tecnologia não sustentada por critérios adequados pode resultar em gastos desnecessários e sem garantia de impactos positivos. Segundo o CONITEC (2016), os Protocolos Clínicos precisam considerar a ATS das tecnologias recomendadas e devem ser baseados em evidências científicas.

As evidências científicas são informações disponíveis na literatura geradas por pesquisas clínicas primárias (estudos de acurácia, ensaios clínicos aleatórios, estudos coortes) ou secundárias (revisões sistemáticas, estudos de análise econômica). A vivência, a competência e a ética são elementos importantes que complementam as evidências científicas na elaboração de um protocolo clínico. A vivência é representada por pessoas que estão inseridas diretamente no cenário onde o protocolo que está sendo elaborado pode ser aplicado (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

A competência é realizada por meio de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes para obter, interpretar e avaliar informações relacionadas ao protocolo. A ética orienta a elaboração para garantir cordialidade e respeito entre profissional de saúde e paciente. Na execução de um protocolo clínico, o paciente é um agente ativo que participa do processo de tomada de decisão. O profissional tem um compromisso com o paciente, considerando os princípios da autonomia profissional, justiça social e não má eficiência (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

A criação de protocolos clínicos normalmente é demandada por gestores e profissionais de saúde, a partir de problemas concretos do dia a dia. Eles são construídos por profissionais especialistas ou com notória experiência no tema. Algumas vezes, elaborar protocolo significa adaptar um já existente para se adequar

às condições locais, por exemplo, adaptação de protocolos internacionais considerando a realidade brasileira (LONG, 1994) (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos clínicos podem ser criados para atender os mais variados tópicos e graus de complexidade. Porém, conforme Werneck, de Faria e Campos (2009) é importante lembrar que o uso de protocolos apresenta limites, já que eles podem não oferecer alternativa para situações imprevistas. Além disso, quando os protocolos respondem de forma satisfatória, corre-se o risco de que eles se tornem “a única solução”, gerando um clima de acomodação dos profissionais em relação à renovação do conhecimento e reposições tecnológicas, levando à apatia nociva no processo de trabalho (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

Para minimizar esse risco, é relevante ter em mente que o protocolo é um instrumento com validade transitória. Assim, faz-se necessário que as equipes promovam avaliações constantes e atualizações considerando resultados e a evolução do conhecimento técnico e científico (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

### ***2.1.1 Etapas para elaboração de um protocolo clínico***

Os protocolos elaborados deverão focar nos resultados e se basearem nas melhores evidências científicas e julgamentos profissionais. Devem refletir a perspectiva do paciente, ser válidos, confiáveis e criados de forma clara e representativa. Além disso, devem ser documentados, aplicáveis, flexíveis, utilizados amplamente, avaliados quanto a sua efetividade e atualizados (LONG, 1994). Os protocolos são de responsabilidade das pessoas envolvidas na elaboração, devem ser de fácil acesso aos profissionais e ao público e estarem acompanhados das evidências que lhes apoiam (LAWTON; PARKER, 1999; HEYMANN, 1994; ENDERS; DAVIM, 2003).

Conforme a Rede Escocesa Intercolegiada de Diretrizes (Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SIGN) (2015) e os autores Ribeiro (2010), Werneck, de Faria e Campos (2009) e Schneid et al. (2003), o protocolo clínico pode ser elaborado por meio das seguintes etapas:



### *2.1.1.1 Etapa 1 – Definição de tema, escopo e questões*

O objetivo desta etapa é conhecer profundamente o problema que motivou o desenvolvimento do protocolo, delimitando tema, escopo e questões importantes para orientar a pesquisa bibliográfica (etapa 2).

### *2.1.1.2 Etapa 2 – Pesquisa bibliográfica*

A pesquisa bibliográfica é feita com o objetivo de responder com evidências científicas as questões identificadas na etapa 1. As evidências devem ser prospectadas e criticamente analisadas em um processo sistemático, a fim de evitar ou minimizar os potenciais vieses.

Após selecionadas, as evidências são classificadas conforme nível e grau de recomendação. Isso pode ser feito utilizando, por exemplo, a classificação Oxford Centre for Evidence-Based Medicine – Levels of Evidence ou o Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009; GRADE WORKING GROUP, 2016).

Existem instituições reconhecidas internacionalmente que mantêm atualizadas bases de dados com evidências científicas já classificadas, como Cochrane Library e Trip (COCHRANE, 2016; TRIP). Essas ferramentas podem ser utilizadas nessa fase. Normalmente são pesquisadas e escolhidas evidências com maior grau de recomendação para serem utilizadas na descrição do protocolo.

### *2.1.1.3 Etapa 3 – Definição das recomendações e descrição do protocolo*

A definição das recomendações deve ser consequência da pesquisa bibliográfica e não o contrário. Nesta etapa, as melhores e mais atuais evidências encontradas (na fase 2) juntamente com a vivência, competência e ética irão definir o conteúdo do protocolo, respeitando a perspectiva do paciente e a realidade local (inclusive recursos disponíveis) (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

Segundo Ribeiro (2010), a elaboração de um protocolo clínico necessita de um método de consenso sistemático para atingir conclusões, permitindo que o processo que resultou nas recomendações finais seja aberto, explícito, transparente, não

enviesado e reprodutível, favorecendo críticas e discussões. O Método do Grupo Nominal (também conhecido como Painel de Especialistas) tem sido muito utilizado na criação de protocolos clínicos (BOURRÉE; MICHEL; SALMI, 2008).

O Painel de Especialistas estimula a geração de ideias coletivas por meio da participação de todos os integrantes, até mesmo os mais passivos, e evita que um integrante domine o debate. Ao recorrer a um grupo de especialistas no assunto, essa técnica permite selecionar, fazer julgamentos e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de um problema. Possui como objetivo gerar consenso, possibilitando, assim, criar compromisso com o material produzido coletivamente, principalmente quando o objetivo é identificar e propor estratégias de ação. (MENDES; et al., 2008).

O National Guideline Clearinghouse (NGC) é considerado uma referência internacional em protocolos clínicos. Ele disponibiliza ao público um repositório de dados contendo protocolos clínicos baseados em evidências científicas e documentos relacionados. É uma iniciativa da Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde – Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – do Departamento Norte-Americano de Serviços em Saúde - U.S. Department of Health and Human Services –, em associação com a American Medical Association e a America’s Health Insurance Plans (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016). Para garantir um bom padrão científico, essa agência recomenda que o texto de um protocolo clínico obedeça a uma estrutura aceita no meio científico, como mostra o Quadro 1.

**Quadro 1 - Template de Atributos do Protocolo Clínico**

<b>National Guidelene Clearinghouse - Template de atributos de um protocolo clínico</b>	
Título do protocolo	Identifica o título do protocolo.
Fonte bibliográfica	Identifica as fontes bibliográficas para o protocolo clínico. Cada fonte tem um número de referência. Quando aplicável, deve ser colocado o <i>link</i> para o PubMed.
Estado do protocolo	Identifica o estado atual do protocolo, incluindo quando ele foi atualizado e se está em processo de atualização.
<b>Alerta regulatório</b>	
Alerta regulatório	Identifica avisos, recomendações ou informações emitidos por órgãos regulatórios.

(continua)

(continuação)

<b>National Guidelene Clearinghouse - Template de atributos de um protocolo clínico</b>	
<b>Escopo</b>	
Doença/Tópico	Identifica a área da medicina sobre a qual o protocolo clínico incidirá.
Categoria do protocolo	Classifica o foco do protocolo.
Especialidade clínica	Classifica a especialidade clínica que deverá utilizar o protocolo profissionalmente.
Usuários-alvo	Descreve os grupos que devem utilizar o protocolo.
Objetivo do protocolo	Descreve o objetivo do protocolo.
População-alvo	Descreve a população-alvo do protocolo. Identifica as restrições no uso do protocolo, como regiões geográficas.
Intervenções e práticas consideradas	Identifica as intervenções clínicas e as práticas consideradas no protocolo.
Principais resultados considerados	Descreve os mais importantes resultados e métricas considerados no protocolo.
<b>Metodologia</b>	
Métodos utilizados para coletar/selecionar evidência	Identifica e classifica os métodos utilizados para coletar/selecionar evidências científicas.
Descrição dos métodos utilizados para coletar/selecionar evidência	Descreve os métodos utilizados para coletar/selecionar evidências científicas.
Número de documentos-fonte	Identifica o número de documentos-fonte que foram encontrados nos métodos descritos: "Descrição dos Métodos utilizados para coletar/selecionar evidência".
Métodos utilizados para avaliar a qualidade e força da evidência.	Classifica os métodos utilizados no protocolo para determinar qual a importância das evidências obtidas.
Esquema de classificação de força da evidência	Apresenta o esquema de classificação de força da evidência científica.
Métodos utilizados para analisar evidência	Classifica os métodos utilizados para avaliar dados das evidências.
Descrição dos métodos utilizados para analisar a evidência	Descreve os métodos utilizados para avaliar dados das evidências.
Métodos utilizados para formular as recomendações	Identifica os métodos utilizados para traduzir evidências em recomendações que ajudarão os profissionais e os pacientes na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas.
Descrição dos métodos utilizados para formular as recomendações	Descreve, em detalhes, os métodos utilizados para traduzir evidências em recomendações que ajudarão os profissionais e os pacientes na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas.
Esquema de classificação de força das recomendações	Determina o esquema utilizado para determinar qual a força ou importância das recomendações. A força ou importância pode ser derivada da qualidade das evidências sobre a qual as recomendações são baseadas, da perspectiva clínica ou ambas.
Análise de Custos	Descreve análise(s) de custos realizada(s).
Método de validação do protocolo	Lista o(s) método(s) utilizado(s) para validar as recomendações do protocolo.
Descrição dos métodos de validação do protocolo	Descreve os detalhes dos métodos utilizados no desenvolvimento do protocolo para validar o protocolo.

(continua)

(continuação)

<b>National Guidelene Clearinghouse - Template de atributos de um protocolo clínico</b>	
<b>Recomendações</b>	
Principais recomendações	Identifica as principais recomendações.
Algoritmos clínicos	Identifica quais recomendações são expressadas na forma de algoritmos clínicos e onde os algoritmos são fornecidos.
<b>Evidências que suportam as recomendações</b>	
Referências que suportam as recomendações	Lista de referências das evidências que suportam as recomendações.
Tipo de evidências que suportam a recomendação	Descreve o tipo de evidências que suportam as recomendações
<b>Benefícios e Malefícios da Implementação das Recomendações</b>	
Benefícios potenciais	Descreve de forma antecipada os benefícios associados às implementações das recomendações do protocolo.
Malefícios potenciais	Descreve antecipadamente os malefícios, potenciais riscos ou consequências adversas associadas às recomendações do protocolo.
<b>Contraindicações</b>	
Contraindicações	Identifica os casos que podem tornar o uso de medicamentos ou procedimentos inadequados, indesejáveis ou desaconselháveis.
<b>Demonstrações de Qualificação</b>	
Demonstrações de qualificação	Apresenta demonstrações qualificadas ou ressalvas importantes referentes às principais recomendações do protocolo, enfatizadas pelo desenvolvedor do protocolo. Identifica incertezas e apresenta uma breve descrição de como o desenvolvedor trabalhou essa incerteza no desenvolvimento das recomendações.
<b>Implementação do Protocolo</b>	
Descrição da estratégia de implementação	Descreve estratégias específicas, objetivos, medidas de performance ou planos de implementação das recomendações do protocolo.
Ferramentas de Implementação	Classifica os tipos de ferramentas de implementação fornecidas pelo desenvolvedor do protocolo para facilitar a sua implementação.
Métricas NQMC relacionadas	Identifica <i>links</i> para relacionar métricas de qualidade ou métricas da National Quality Measures Clearinghouse (NQMC).
<b>Institute of Medicine (IOM) - Categoria dos Relatórios de Qualidade</b>	
IOM Necessidade de cuidados	Classifica o protocolo em uma das quatro classificações de necessidade de cuidados do Institute of Medicine (IOM): fim da vida, cada vez melhor, vivendo com a doença, permanecendo saudável.
IOM Domínio	Classifica o protocolo em um dos mais de quatro domínios de cuidados do Institute of Medicine (IOM): eficácia, centrado no paciente, segurança, atualidade.
<b>Informações de identificação e disponibilidade</b>	
Fontes Bibliográficas	Identifica as fontes bibliográficas completas para o desenvolvimento e publicação do protocolo.
Adaptações	Identifica se o protocolo foi adaptado de outro existente e o identifica, se for o caso.
Data de lançamento	Identifica a data de liberação ao público.
Desenvolvedor(es) do protocolo	Identifica a(s) organização(s) responsável pelo desenvolvimento do protocolo. Cada organização é classificada com a designação principal ou função.

(continua)

(conclusão)

<b>National Guidelene Clearinghouse - Template de atributos de um protocolo clínico</b>	
Comentário(s) do(s) desenvolvedor(es) do protocolo	Se o desenvolvedor é um consórcio ou representante de um grupo de organizações, esse atributo identifica a organização individual pelo nome.
Fontes de financiamento	Identifica as fontes de financiamento para desenvolvimento do protocolo.
Comitê do protocolo	Identifica o nome formal da comissão do protocolo.
Composição do grupo de autoria do protocolo	Descreve os membros do comitê autor do protocolo.
Divulgações financeiras / Conflitos de interesse	Capta relações entre os desenvolvedores do protocolo, comissão/grupo com fins lucrativos e empresas sem fins lucrativos ou organizações que poderiam influenciar o desenvolvimento do protocolo.
Endossador	Identifica organizações que endossaram o protocolo.
Estado do protocolo	Identifica o estado atual do protocolo, incluindo quando ele foi revisado, atualizado ou se está em processo de atualização.
Disponibilidade do protocolo	Identifica informações sobre a disponibilidade do protocolo.
Disponibilidade de documentos similares	Identifica documentos similares produzidos no desenvolvimento do protocolo que são considerados relevantes.
Recursos de pacientes	Identifica os recursos de pacientes que estão diretamente relacionados com o protocolo incluído na National Guideline Clearinghouse (NGC).
NGC Estado	Identifica quando o protocolo foi concluído ou revisado pelo instituto ECRI e verificado pela organização que apresenta.
Declaração de Direitos Autorais	Fornece a declaração de direitos autorais da organização que apresentou o protocolo.
<b>Aviso Legal</b>	
Aviso legal	Fornece informações e avisos sobre a relação entre o NGC (incluindo o seu patrocinador, a Agência de Investigação de Saúde e Qualidade (AHRQ) e seu contratante, ECRI) e os protocolos e desenvolvedores dos protocolos representados no site.

**Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality (2016).**

#### *2.1.1.4 Etapa 4 – Submissão à revisão interna, externa ou consulta pública, quando aplicável*

Após descrito, o protocolo deve ser amplamente distribuído para especialistas o revisarem e o validarem. São aspectos que devem ser considerados na validação: clareza, consistência, aceitabilidade e viabilidade de uso na prática.

O Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) é um instrumento confiável, testado e recomendado para avaliação crítica de um protocolo clínico (RIBEIRO, 2010). Ele avalia o rigor metodológico e a transparência com que um Protocolo Clínico é elaborado. Conforme o Quadro 2, o AGREE II é composto por 23 itens-chave organizados em seis domínios, seguidos por dois itens de classificação

global (avaliação global). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da NOC (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2009).

Cada um dos itens-chave é avaliado em uma escala de 7 pontos (de 1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente). Essa escala mede até que ponto um dado critério (item-chave) foi cumprido. O AGREE II recomenda que o protocolo seja avaliado pelo menos por dois, preferencialmente por quatro, avaliadores, de forma a aumentar a fiabilidade da avaliação (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2009).

### Quadro 2 - Avaliação da qualidade de um protocolo clínico pelo AGREE II

AGREE II - Avaliação da qualidade do protocolo clínico	
Âmbito e Finalidade (1º domínio)	
1. Objetivo	O(s) objetivo(s) geral(is) da(s) recomendação(ões) encontra(m)-se especificamente descrito(s).
2. Questão	A(s) questão(ões) clínica(s) de saúde coberta(s) pelo protocolo encontra(m)-se especificamente descrita(s).
3. População	A população (doentes, público etc.) a quem o protocolo se destina a ser aplicada encontra-se especificamente descrita.
Envolvimento das Partes Interessadas (2º Domínio)	
4. Equipe de desenvolvimento	A equipe de desenvolvimento do protocolo inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
5. População	Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (doentes, público etc.).
6. Utilizadores	Os utilizadores-alvo do protocolo estão claramente definidos.
Rigor de Desenvolvimento (3º domínio)	
7. Busca da evidência	Foi utilizada uma metodologia sistematizada para a pesquisa de evidência.
8. Seleção da evidência	Os critérios de seleção de evidência encontram-se claramente descritos.
9. Pontos fortes e limitações da evidência	Os pontos fortes e limitações do conjunto da evidência estão claramente descritos.
10. Métodos p/ recomendações	Os métodos utilizados para a formulação das recomendações encontram-se claramente descritos.
11. Benefícios e riscos	Na formulação das recomendações foram levados em consideração benefícios, efeitos adversos e riscos.
12. <i>Link</i> recomendações c/ evidências	Existe um <i>link</i> explícito entre as recomendações e as evidências que as suportam.
13. Revisão	O protocolo foi submetido, antes da sua publicação, a uma revisão por peritos externos.
14. Atualização	Encontra-se indicado o procedimento de atualização do protocolo.

(continua)

(conclusão)

<b>AGREE II - Avaliação da qualidade do protocolo clínico</b>	
<b>Clareza da Apresentação (4º Domínio)</b>	
15. Especificidade das recomendações	As recomendações são específicas e não ambíguas.
16. Opções de abordagem	As diferentes opções de abordagem do problema de saúde estão claramente apresentadas.
17. Recomendações identificáveis	As recomendações-chave são facilmente identificáveis.
<b>Aplicabilidade (5º domínio)</b>	
18. Facilitadores e barreiras	O protocolo descreve facilitadores e as barreiras para a sua aplicação.
19. Aconselhamento e/ou ferramentas	O protocolo fornece aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.
20. Recursos	Foram levadas em consideração as potenciais implicações, em termos de recursos, decorrentes da implementação das recomendações.
21. Monitorização e/ou auditoria	O protocolo apresenta critérios-chave para sua monitorização e/ou auditoria.
<b>Independência Editorial (6º domínio)</b>	
22. Independência de órgão financiador	As perspectivas do órgão financiador não exercem influência sobre o conteúdo do protocolo.
23. Conflitos de interesse	Foram registrados conflitos de interesse dos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo.

**Fonte: Agree Next Steps Consortium (2009).**

De acordo com o AGREE II, a pontuação qualitativa para cada um dos seis domínios deve ser calculada independentemente, ou seja, não deve agregar numa pontuação de qualidade única. O cálculo consiste na soma de todas as pontuações dos itens-chave individuais em cada domínio e escalonando o total como uma percentagem da pontuação máxima possível para o domínio, conforme a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}} \quad (1)$$

$$\text{Pontuação máxima} = 7 \text{ (concordo totalmente)} \times Z \text{ (quantidade de itens)} \times W \text{ (número de avaliadores)}. \quad (2)$$

$$\text{Pontuação mínima} = 1 \text{ (discordo totalmente)} \times Z \text{ (quantidade de itens)} \times W \text{ (número de avaliadores)}. \quad (3)$$

O AGREE II não define pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para diferenciar protocolos clínicos de alta e baixa qualidade. Tais decisões devem ser tomadas pelo utilizador e orientadas pelo contexto no qual o AGREE II for utilizado. Após avaliados os seis domínios, procedem-se duas avaliações gerais. A avaliação global requer que o utilizador faça um julgamento sobre a qualidade do protocolo levando em conta os critérios considerados no processo de avaliação. O utilizador deve também informar se recomenda o uso do protocolo (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2009).

Para Ribeiro (2010), a qualidade do protocolo clínico está relacionada com a forma como os potenciais vieses foram tratados, com as validades internas e externas das recomendações e se são exequíveis na prática. O processo de avaliação de qualidade leva em consideração benefícios, riscos, custos e outras questões práticas das recomendações. A avaliação inclui juízos de valor sobre os métodos utilizados no desenvolvimento do protocolo clínico, sobre o conteúdo das recomendações finais e sobre os fatores associados ao acolhimento pelos potenciais utilizadores (RIBEIRO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um *checklist* com 24 critérios para auxiliar no desenvolvimento, atualização e avaliação da qualidade dos protocolos clínicos, conforme Quadro 3. A qualificação do protocolo clínico para inclusão na base de dados da OMS requer um SIM em todos os 24 critérios, exceto o 11.a.

### Quadro 3 - Avaliação de protocolo clínico pela OMS

OMS – Avaliação da qualidade do protocolo clínico	
<b>Origem</b>	
1.	A instituição e departamento que emitem o protocolo encontram-se claramente identificados?
<b>Objetivo</b>	
2.	O protocolo lista/informa seus objetivos incluindo as categorias dos pacientes e situação(ões) para a(s) qual(is) foram intencionadas?
3.	O protocolo descreve o grupo de profissionais para o qual é dirigido?
<b>Grupo de desenvolvimento do protocolo</b>	
4.	O grupo de desenvolvimento do protocolo incluiu todos os grupos profissionais relevantes, especialistas em saúde pública e usuários finais do protocolo?
5.	O grupo de desenvolvimento do protocolo incluiu especialistas em metodologia de pesquisa científica em campos tais como prospecção da evidência científica, análise crítica da literatura científica e análise incremental de custo – efetividade?

(continua)



(conclusão)

<b>OMS – Avaliação da qualidade do protocolo clínico</b>	
<b>Conflito de interesse</b>	
6.	Todas as instituições de provisão de recursos para a elaboração do protocolo foram nomeadas e não existe conflito de interesses?
7.	Todos os membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e os revisores externos emitiram declaração de seus interesses, e essa declaração de interesse encontra-se no texto do documento do protocolo?
8.	O documento descreve o método utilizado para minimizar qualquer influência indevida no grupo de desenvolvimento do protocolo e dos revisores externos?
<b>Evidência</b>	
9.	Houve uma busca sistemática da evidência científica, e a estratégia de prospecção da evidência encontra-se no protocolo?
10.	A força e a qualidade da evidência de efetividade foram graduadas?
11. a.	Qual o percentual de recomendações que são baseadas em evidências científicas?
11. b.	As recomendações que não são baseadas em evidência científica encontram-se explicitamente rotuladas como baseadas em “opinião de especialistas”?
12.	Existem considerações explícitas de outras questões, tais como segurança e mau uso potencial em uma variedade de cenários e localização?
13.	Existem considerações explícitas a respeito da dimensão econômica de custo-efetividade?
14.	A força da recomendação encontra-se relacionada “linkada” à evidência?
15.	As recomendações levam em consideração a escassez potencial de recursos?
<b>Revisão</b>	
16.	Existem comentários adequados realizados por revisão externa de pares?
17.	Todos os membros do grupo de desenvolvimento do protocolo aprovaram o documento final?
18.	Todos os membros do grupo diretivo aprovaram o documento final?
19.	Existe um plano para revisão de novas evidências e atualização da diretriz/protocolo?
<b>Apresentação/clareza</b>	
20.	As recomendações encontram-se claramente formuladas?
21.	O protocolo identifica e aconselha a respeito de práticas não efetivas?
<b>Plano de implantação</b>	
22.	Existe um plano para disseminação e adaptação local do protocolo?
23.	Existem recursos financeiros disponibilizados para a disseminação e adaptação local para o protocolo?
24.	Existem critérios sugeridos para monitorização do uso nos locais para onde ele é destinado?

**Fonte: World Health Organization (2003).**

#### *2.1.1.5 Etapa 5 – Redação e publicação da versão final, após revisão*

Nesta etapa, a descrição do protocolo é atualizada conforme a revisão (etapa 4). Em seguida, o protocolo é publicado.

#### *2.1.1.6 Etapa 6 - Difusão, disseminação e uso do protocolo*

Nesta etapa, o protocolo é disseminado e utilizado.

#### *2.1.1.7 Etapa 7 - Monitoramento e avaliação*

Nesta etapa, o protocolo é monitorado e avaliado.

#### *2.1.1.8 Etapa 8 – Atualização periódica*

Nesta etapa, o protocolo é atualizado. Os resultados gerados na etapa 7 são utilizados na atualização periódica.

### **2.2 Custeio baseado em atividades (ABC)**

Conforme Kaplan e Cooper (1998), um sistema de custeio tradicional responde somente à pergunta: “Como a organização pode alocar custos para a geração de relatórios financeiros e controle de custos departamentais?”. Segundo esses mesmos autores, o Custeio Baseado em Atividades pretende responder às questões: “(1) Que atividades estão sendo executadas com os recursos organizacionais? (2) Quanto custa executar atividades organizacionais e processos de negócios? (3) Por que a organização precisa executar atividades e processos de negócios? e (4) Quanto de cada atividade é necessário para os produtos, serviços e clientes da organização?”

Para Kaplan e Cooper (1998), o objetivo do Custeio Baseado em Atividades não é alocar os custos aos produtos para fim de apuração do valor do estoque. O ABC tem como foco identificar as razões que justificam os recursos consumidos pela organização. Nakagawa (2001) afirma que o principal papel do ABC é o de espelhar as operações de uma empresa com a maior fidelidade e clareza possível, de modo a comunicar as causas e taxas de consumo de recursos em seus principais processos de negócios.

De forma inovadora, o Custeio Baseado em Atividades compreende processos e atividades, alocando os custos de maneira independente e no momento em que realmente ocorrem. Processo é uma sequência de atividades relacionadas e

interdependentes para atingir um objetivo específico (HONG, 1997; NAKAGAWA, 2001).

O ABC parte do princípio de que os recursos são consumidos pelas atividades e estas, por sua vez, são consumidas pelos produtos ou serviços (BRUNI; FAMÁ, 2004; MARTINS, 2003). Nakagawa (2001) considera esse conceito essencial para a visão ampla do sistema de operações, inclusive, o que adiciona ou não valor na produção, favorecendo a eficiência organizacional, a competitividade e a continuidade.

Martins (2003) e Bruni e Famá (2004) descrevem que o ABC inicia com uma visão sistêmica da organização, que depois é fragmentada em processos e atividades mais relevantes. Em seguida, faz-se a apropriação dos custos em cada uma das atividades, independentemente. De acordo com Brimson (1996), o ABC atribui os custos no momento em que realmente ocorrem, e não como deveriam ou poderiam ser realizados.

No Custeio Baseado em Atividades, todo o fluxo da organização é definido na forma de processos que transitam entre as funções, departamentos e setores. Assim, a informação é construída considerando custos de processos e atividades ao invés de funções ou áreas (KAPLAN; COOPER, 1998; GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

As atividades apresentam informações que possibilitam identificar a rota de consumo de recursos e subsidiar tomadas de decisão. Conforme Baker (1998), o ABC mensura o custo e a performance das atividades. Assim, pode-se observar uma função importante do ABC: a discriminação das atividades que agregam valor ao produto daquelas que são de apoio ou que não agregam valor ao produto final (MARTINS, 2003; BRUNI; FAMÁ, 2008).

A amplitude da estruturação das atividades é variável. Um produto pode ser as atividades (triagem de pacientes no atendimento médico) ou o resultado de várias atividades agrupadas (transplante de rim). Essa possibilidade de agrupamento das atividades e produtos de maneiras variadas é, também, um grande diferencial do sistema ABC (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

Outro diferencial do Custeio Baseado em Atividades é a redução substancial da prática do rateio de custos, característica muito utilizada na metodologia de centros de custos (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009). Para Martins (2003), o ABC é uma metodologia de custeio que procura diminuir sensivelmente as distorções

provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos. De acordo com Gonçalves et al. (2009), o critério de alocação do ABC elimina ou minimiza a imprecisão das informações.

Conforme Abbas et al. (2005), o ABC avalia, com precisão, as atividades desenvolvidas na organização utilizando direcionadores de custos para alocar custos indiretos, de forma mais realista, aos produtos. Os custos indiretos são calculados por meio da análise de uma relação de causa e efeito e do rastreamento das causas que originaram aqueles custos. Dessa forma, os custos indiretos são atribuídos a um produto onde realmente tenham sido consumidos. Em alguns casos, entretanto, torna-se necessário fazer concessões acerca de itens com impossibilidade de mensuração, por falta de padrão ou técnica já determinada (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

O Custeio Baseado em Atividades expõe a capacidade não utilizada na organização e assim alerta os administradores para as áreas nas quais o máximo de eficiência não está sendo realizado. A existência de capacidade não utilizada é um dos pontos de interesse quando existe a necessidade de eliminar atividades que não agregam valor ou de aumentar a utilização dos recursos disponíveis.

Além disso, o ABC permite: (1) compreender processos e atividades; (2) entender as causas geradoras de custos; (3) identificar onde e como os recursos são consumidos; (4) apurar com maior precisão os custos dos produtos; (5) conhecer os custos reais do produto; (6) detectar atividades e custos desnecessários; (6) estabelecer indicadores de qualidade; (7) gerar padronização (*benchmarking*) e (8) melhoria contínua (ABBAS, 2001; BRIMSON, 1996; GONÇALVES; CARVALHO; REZENDE, 2006; CHING, 1997; DRUMOND, 2014).

Para Gonçalves, Carvalho e Rezende (2006), o ABC é contemporâneo e voltado para a contabilidade gerencial. Muitas vezes, ele é utilizado juntamente com outro método de custeio da contabilidade financeira para dar sustentação à tomada de decisão gerencial.

### **2.2.1 Origem e versões do ABC**

Nakagawa (2001) cita que existem registros históricos de uso do Custeio Baseado em Atividades nos anos 40 e 60. Latshaw e Cortese-D (2002) mencionam que o ABC teve origem, efetivamente, nos primeiros anos da década de 60 em

trabalhos desenvolvidos na General Eletric (GE), nos Estados Unidos. De acordo com Pereira Filho e Amaral (1998), no Brasil, as pesquisas sobre o ABC começaram em 1989, no departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP, com o Prof. Nakagawa.

Para IOB (1994), o Custeio Baseado em Atividades foi formalmente tratado pela primeira vez no livro “Activity Costing and Input-Output Accounting”, editado em 1971. Para Pereira Filho e Amaral (1998), somente na década de 80 começaram a proliferar artigos sobre Custeio ABC de autores como Cooper, Kaplan, Turney e muitos outros.

Para Drumond (2014), o ABC foi desenvolvido para facilitar a análise estratégica de custos. A maneira como os recursos são consumidos nas atividades mais relevantes da organização, como quantidade, relação de causa e efeito, eficiência e eficácia constituem o objeto da análise estratégica de custos.

Bornia (1997), Brimson (1996), Kaplan e Cooper (1998) descrevem fatores que motivaram o desenvolvimento do ABC: (1) a prática da contabilidade gerencial estava distante das necessidades financeiras; (2) a necessidade de informações para melhoria de processos e competitividade; (3) a busca pela excelência empresarial e (4) a insatisfação com as informações distorcidas de custos devido ao rateio dos custos indiretos com critérios arbitrários.

Enquanto existia a predominância dos custos diretos na composição total do custo, o rateio dos custos indiretos não comprometia o custeio total. O avanço da tecnologia alterou a característica da composição total do custeio, ou seja, os custos indiretos tendem a ter participação maior no custo total. Assim, se aplicados os métodos de rateio tradicionais na alocação dos custos, a maior parte dos custos, com exceção dos custos diretos, fica sujeita a rateio entre os diversos produtos ou serviços com critérios nem sempre adequados. Dessa forma, as distorções causadas pelos métodos tradicionais de custeio favoreceram o desenvolvimento do custeio ABC (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

O ABC é marcado por duas versões metodológicas. A primeira teve como propósito aperfeiçoar a acurácia do custeio para melhor determinar o *mix* e os preços dos produtos e serviços (NAKAGAWA, 2001; MARTINS, 2003). Otimizar a alocação de recursos consumidos era uma preocupação dessa versão. Assim, os recursos eram alocados aos grupos de atividades, que, por sua vez, eram consumidos pelos produtos ou serviços. Cada grupo de atividades pertencia a um único centro de custo (NAKAGAWA, 2001; MARTINS, 2003).

A segunda versão do ABC representa a evolução da primeira. Nakagawa (2001) constata que faltava à primeira versão condições de segregar do grupo as atividades mais relevantes para identificar seus atributos e desempenho. Para Martins (2003), nem sempre um centro de custos desenvolve uma atividade.

Assim, a segunda versão foi concebida para possibilitar a análise de custos sob duas visões: (1) econômica de custeio, visão vertical no sentido de que apropria os custos aos produtos/serviços através das atividades realizadas em cada departamento e (2) aperfeiçoamento de processos, visão horizontal no sentido de que capta os custos dos processos através das atividades realizadas nos vários departamentos (MARTINS, 2003).

### **2.2.2 Elementos do ABC**

Para o melhor entendimento do Custeio Baseado em Atividades, torna-se necessária a conceituação dos seus componentes: atividades e direcionadores de custo.

#### *2.2.2.1 Atividades*

Para Garrison e Noreen (2001) e Shank e Govindarajan (1995), as atividades constituem a base do ABC. Atividade é um conjunto de tarefas. Tarefa é o trabalho realizado por pessoas, equipamentos, instalações, métodos etc. para produzir bens ou serviços. O objetivo principal da atividade é converter recursos em produtos ou serviços (MARTINS, 2002; BRIMSON, 1996).

Segundo Nakagawa (2001), atividade é definida como um processo que combina, de forma adequada, pessoas, tecnologias, materiais, métodos e ambiente para gerar produtos. As atividades descrevem o que uma empresa faz e a maneira como a empresa utiliza recursos e tempo (MARTINS, 2002; BRIMSON, 1996).

As atividades podem ser classificadas em primárias – as que estão relacionadas diretamente à finalidade da organização – ou secundárias, que apoiam atividades primárias. Além disso, elas podem ser categorizadas como de real valor agregado, valor agregado para o negócio ou que não agrega valor (BRIMSON, 1996).

Atividade de real valor agregado é aquela que o cliente considera necessária para o resultado por ele esperado. Atividade de valor agregado para o negócio é a

que não agrega valor para o cliente, mas é necessária para o negócio. Atividade que não agrega valor é a que não é exigida pelo cliente e também não é exigida pelo negócio (BRIMSON, 1996).

No ABC, as atividades são retratadas com base no tempo de mensuração e análise. Assim, representam o que realmente ocorre e não como deveriam ou poderiam se comportar (GONÇALVES; ZAC; DE AMORIM, 2009).

O agrupamento de atividades gera elementos hierarquizados: No topo da hierarquia está a função, que é um conjunto de atividades com propósito comum. No segundo nível, encontra-se o processo, que é uma sequência de atividades relacionadas e interdependentes para atingir um objetivo específico. No terceiro nível estão as atividades relacionadas entre si, que consomem recursos e produzem saídas físicas. No quarto nível têm-se as tarefas, que definem a maneira que uma atividade é realizada. No quinto e mais baixo nível se encontra a operação, menor unidade possível de trabalho para realizar uma atividade (NAKAGAWA, 2001; HONG, 1997).

#### *2.2.2.2 Direcionadores de custo*

Uma das grandes diferenças do ABC com relação aos demais métodos de custeio é a forma de alocar custos indiretos aos produtos. No Custeio ABC, os custos indiretos são, num primeiro estágio, associados às atividades e, num segundo estágio alocados aos produtos, por meio de direcionadores de custos (COGAN, 1997).

Martins (2003) define direcionador de custo como o fator que determina a realização de uma atividade e a verdadeira causa dos custos, já que as atividades exigem recursos para serem executadas. O direcionador de recursos demonstra como as atividades consomem recursos, e o direcionador de atividades indica como os produtos ou serviços consomem as atividades. Os direcionadores de custos são relacionamentos causais entre o consumo de recursos e as atividades realizadas e entre o consumo de atividades e os produtos ou serviços produzidos. No ABC, esses relacionamentos são a base para o custo final do produto (GONÇALVES et al., 2011).

Para Nakagawa (2001), o direcionador de custos é um fator causal que influencia o desempenho de atividades e o consumo de recursos. Assim, identificar direcionadores é tão importante quanto identificar atividades. O direcionador deve ser capaz de estabelecer uma relação direta entre o recurso utilizado e a atividade

executada (direcionador de recursos) ou entre a atividade realizada e o produto produzido (direcionador de atividades).

Conforme Nakagawa (2001), três fatores devem ser considerados ao escolher direcionadores: (1) facilidade ou dificuldade de coletar e processar dados referentes ao direcionador; (2) grau de correlação estatístico do direcionador com o consumo real de recursos ou atividades – que deve ser aproximadamente 1(um); (3) possíveis efeitos comportamentais, já que o direcionador será utilizado na avaliação de desempenho da atividade e, conseqüentemente, de funcionários.

De acordo com Nakagawa (2001), a quantidade de direcionadores de custos varia, conforme: (1) objetivos (*pricing*, redução de custos, avaliação de desempenho, investimentos, melhoria de qualidade, flexibilidade, *lead time* etc.) e acurácia do resultado desejado através do ABC que está sendo desenhado; (2) participação relativa dos custos indiretos das atividades agregadas analisadas sobre o custo de conversão, em termos de números de itens (contas) e de seus valores; (3) complexidade operacional da empresa, em termos de produtos (diversidade de volumes, materiais utilizados, tamanhos, *mix*, número de partes/componentes, tecnologias etc.) e de clientes (diversidade de clientes/mercados atendidos, número de itens vendidos, sistemas/canais de distribuição etc.); (4) disponibilidade de recursos da empresa (financeiros, humanos, sistemas de coleta e processamento de dados, tempo, cultura etc.). Além desses, Cogan (1997) acrescenta o uso de direcionadores de custos correlacionados imperfeitamente, ou seja, quanto menor a correlação do direcionador de custos com o consumo real, maior o número de direcionadores de custos.

### **2.2.3 Etapas para aplicação do ABC**

Conforme os autores Nakagawa (2001), Kaplan e Cooper (1998), Hansen, Mowen e Taylor (2001) e Padoveze (2003), o ABC pode ser aplicado por meio das seguintes etapas:



### *2.2.3.1 Etapa 1 – Elaboração do projeto de aplicação do ABC contendo objetivos, escopo, envolvidos, produtos esperados e recursos necessários*

O objetivo descreve as demandas que precisam ser atendidas com a aplicação do ABC. Por exemplo: a instituição está com salas e equipes cirúrgicas ociosas. Neste caso, o ABC deverá prover informações adequadas para a delimitação de estratégias relacionadas à taxa de ocupação das salas cirúrgicas (NAKAGAWA, 2001).

O escopo delimita claramente o trabalho a ser realizado para atingir os objetivos do projeto. Os envolvidos identificam todas as pessoas que irão participar do projeto (nome, profissão, categoria funcional, instituição, papel e grau de envolvimento). São exemplos de produtos esperados: lista de atividades realizadas em uma sala cirúrgica ociosa e seus respectivos custos, classificação de atividades que adicionam ou não valor (NAKAGAWA, 2001).

### *2.2.3.2 Etapa 2 – Definição da coleta de dados*

As seguintes técnicas são recomendadas para coletar dados na aplicação do ABC: análise documental, observação, registro de tempo, questionário, entrevista, grupo focal e painel de especialistas.

A entrevista é uma técnica muito utilizada na aplicação do ABC, já que ela consegue capturar todos os dados necessários. É comum utilizar somente a entrevista para coletar os dados ou utilizar a entrevista para complementar e validar dados coletados por outras técnicas, como análise documental, observação, registro de tempo e questionário. O entrevistado é informado a respeito do método ABC e dos objetivos propostos.

O Grupo Focal é uma entrevista em grupo, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido pelo moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados (KITZINGER, 2000). O questionário é uma técnica utilizada quando o número de pessoas a serem entrevistadas é muito grande. O registro de tempo é uma coleta de tempos gastos em atividades por meio de amostragem periódica.

O Painel de Especialistas, também chamado de Método de Grupo Nominal (MGN) ou Técnica de Grupo Nominal (TGN), é uma técnica de construção de consenso utilizada, geralmente, quando não existe unanimidade de opinião sobre

determinado assunto, seja porque não existem dados relacionados ao tema ou porque os dados existentes são controversos entre si (MURPHY et al., 1998; JONES; HUNTER, 1995).

O caráter coletivo do painel de especialistas, que reúne várias pessoas consideradas capazes para tratar questões envolvidas no objetivo da pesquisa, geralmente implica a análise de tema complexo e controverso. É essa competência dos membros que caracteriza o painel de especialistas como técnica de pesquisa. A “especialidade” dos integrantes do painel pode estar relacionada a fenômenos, ambientes, situações ou pessoas de interesse para a pesquisa (MURPHY et al., 1998; JONES; HUNTER, 1995).

#### *2.2.3.3 Etapa 3 – Mapeamento dos processos*

Mapear um processo é desenhar o fluxo de suas atividades para que se possa entendê-lo por completo. No ABC, o mapeamento dos processos requer técnica(s) de coleta de dados (definidas na etapa 2) e envolvidos (definidos na etapa 1). Os envolvidos, nessa etapa, são pessoas que conhecem profundamente os processos mapeados. A versão final do mapeamento dos processos é validada pelos envolvidos.

Normalmente, inicia-se essa etapa fazendo-se o mapeamento de macroprocessos, para entender todo o contexto, e depois é feito o mapeamento dos processos de interesse desses macroprocessos já mapeados.

#### *2.2.3.4 Etapa 4 – Desenvolvimento do dicionário de atividades*

As atividades dos processos mapeados são detalhadas e incluídas no dicionário de atividades. São atributos importantes nesse dicionário: nome do processo, nome da atividade, recursos consumidos pela atividade (material de consumo, equipamentos e recursos humanos). O recurso deve especificar a unidade de medida.

No ABC, o detalhamento da atividade e o desenvolvimento do dicionário requerem técnica(s) de coleta de dados (definidas na etapa 2) e envolvidos (definidos na etapa 1). Os envolvidos, no detalhamento, são pessoas que conhecem profundamente a atividade detalhada. Nesta etapa são identificados os direcionadores

de custos. A escolha dos direcionadores considera a relação entre precisão e custo da medição. A versão final do detalhamento da atividade é validada pelos envolvidos.

#### *2.2.3.5 Etapa 5 – Custeamento das atividades e processos*

O custeamento das atividades requer dados de custos dos recursos consumidos. Normalmente, esses dados são capturados nos setores administrativos e financeiros e nos sistemas de informação da organização por meio de técnicas (definidas na etapa 2).

Para custear as atividades, não são necessários estudos abrangentes para associar os custos de recursos às atividades executadas. A meta é ser aproximadamente correto e não precisamente incorreto, como ocorre com muitos dos sistemas tradicionais de custeio.

#### *2.2.3.6 Etapa 6 – Análise das atividades e processos*

O mapeamento dos processos, o dicionário das atividades e o custo das atividades e processos é apresentado em um painel de especialistas.

A transparência e a visibilidade que o ABC dá às atividades e processos permitem avaliar a contribuição de cada um para a eficácia das operações da empresa. Nessa fase, as atividades e processos são classificados como primários ou secundários e, em seguida, são realizadas análises do valor agregado.

### **2.3 Tratamento da Úlcera por Pressão**

O Tratamento da Úlcera por Pressão foi utilizado neste trabalho para estudar como Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades atuam juntos na compreensão de processos assistenciais.

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão na pele e ou tecidos subjacentes, normalmente sobre proeminência óssea, resultante de pressão prolongada, cisalhamento e/ou fricção. Ela faz parte do grupo das feridas complexas (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP, 2014) (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010). Para a FHEMIG (2014), as úlceras por pressão são locais de

isquemia seguidas de necrose tecidual as quais apresentam alterações do tipo calor, eritema, sensibilidade local e, quando infectadas, secreção purulenta e odor fétido.

Determinados fatores, internos do paciente e externos, aumentam o risco de desenvolver úlcera por pressão. São eles: perda de sensibilidade (lesão medular), incapacidade ou dificuldade de mobilidade do corpo, doenças degenerativas, tolerância tecidual reduzida (pele frágil), incontinência urinária ou intestinal, desnutrição ou obesidade, pressão, cisalhamento, fricção e umidade (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP, 2014; ARAUJO; DOS SANTOS, 2016). De acordo com a FHEMIG (2014), as localizações mais frequentes da úlcera por pressão, em paciente adulto são isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), calcânea (8%), maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%) e região escapular.

A úlcera por pressão pode ser classificada, conforme o grau de destruição tecidual, nas seguintes categorias: categoria I – eritema não branqueável em pele intacta; categoria II – perda parcial da espessura da pele ou flictena; categoria III – perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível); categoria IV – perda total da espessura dos tecidos (músculo e ossos visíveis); inclassificável – perda total da espessura da pele ou tecidos; suspeita de lesão nos tecidos profundos (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP, 2014; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - EPUAP, 2009; FHEMIG, 2014).

O Tratamento da Úlcera por Pressão deve considerar os seguintes itens: (1) adoção de medidas preventivas: a pressão deve ser aliviada ou removida por medidas adequadas para evitar mais danos teciduais; (2) tratamento da patologia de base da úlcera por pressão, se possível; (3) nutrição adequada: dieta rica em proteínas, hipercalórica, ácido ascórbico, zinco, vitaminas e outros a critério clínico; (4) antibioticoterapia sistêmica, quando indicada; (5) manejo da dor, de acordo com a especificidade de cada paciente; (6) cobertura/produto adequados para a realização dos curativos; (7) cirurgia plástica, se necessário; (8) educação dos pacientes, familiares e profissionais (EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - EPUAP, 2009; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP, 2014; FHEMIG, 2014).

Apesar de a úlcera por pressão ser considerada um problema secundário, associado às doenças crônicas, ela se caracteriza como uma verdadeira doença ou síndrome pela abrangência e multiplicidade de alterações que gera nas esferas

biopsicossociais (BURD, 1992). Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos para prevenção e tratamento da UP, essa complicação ainda produz consequências significativas para o paciente, instituição e comunidade. Elas afligem e desencorajam os pacientes, constituem porta de entrada para infecções, dificultam a recuperação, contribuem para o aumento da taxa de mortalidade e aumentam o tempo de cuidados e, conseqüentemente, o custo (SCHUE; LANGEMO, 1998; PARANHOS; SANTOS, 1999; HEAMES, 1995; SMITH, 1995; FHEMIG, 2014; WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010; ARAUJO; DOS SANTOS, 2016).

De acordo com a RDC n. 36 de 25 de julho de 2013, a úlcera por pressão é considerada um dano ao paciente, que deve ser notificado como evento adverso (RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013). Para o Ministério da Saúde (2013), as UPs são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente. Conforme Casaburi, Westin e Zem-Mascarenhas (2012), a incidência de úlcera por pressão é apontada como um indicador negativo de qualidade assistencial dos serviços de saúde.

Araújo e dos Santos(2016) acreditam que a sistematização do atendimento baseada em evidências pode proporcionar efeitos positivos na qualidade do cuidado ao paciente. A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) é uma organização norte-americana dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão. Ela elabora periodicamente recomendações baseadas em evidências científicas que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo. A NPUAP não possui fins lucrativos e é reconhecida mundialmente. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP, 2014; FHEMIG, 2014).

Em 13 de abril de 2016, a NPUAP anunciou: (1) alteração no termo Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão; (2) mudança na nomenclatura dos estágios do sistema de classificação, de algarismos romanos para arábicos; (3) remoção do termo “suspeita” na categoria Suspeita de Lesão nos Tecidos Profundos e (4) novas definições de lesões por pressão: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa (NPUAP, 2016). Até o final desta pesquisa (junho de 2017), o Ministério da Saúde e a FHEMIG não haviam se posicionado sobre essas mudanças. Por isso, este trabalho utiliza o sistema prévio da NPUAP.

## **2.4 A instituição pesquisada: a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**

### **2.4.1 Histórico e representatividade da Fundação**

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais foi instituída pela Lei 7.088, de 3 de outubro de 1977. Ela possui autonomia administrativa e financeira, personalidade jurídica de direito público, prazo de duração indeterminado e está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Sua estrutura está definida na Lei Delegada nº 112, de 25 de janeiro de 2007 (DECRETO Nº 45.128, DE 2 DE JULHO DE 2009).

As finalidades da FHEMIG são: (1) prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária no âmbito regional e estadual; (2) participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES); (3) prestar, em caráter suplementar, assistência ambulatorial especializada e de apoio à atividade hospitalar; (4) incentivar e participar de ações intersetoriais, no âmbito municipal, estadual e federal, visando à reabilitação e à reinserção social dos moradores das ex-colônias de hansenianos e de internos em hospitais psiquiátricos e (5) coordenar a política de transplantes de órgãos e tecidos no estado de Minas Gerais, regulando o processo de notificação, doação, distribuição e logística, avaliando resultados e capacitando hospitais e profissionais afins na atividade de transplantes; (6) incentivar e promover o desenvolvimento de atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa em saúde; (DECRETO Nº 45.128, DE 2 DE JULHO DE 2009).

A missão institucional da Fundação é prestar assistência hospitalar, exclusivamente ao SUS, de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, participando da formulação da política de gestão para hospitais de Minas Gerais integrados ao Sistema Único de Saúde (FHEMIG, 2016).

A FHEMIG mantém 21 unidades assistenciais classificadas em 5 complexos: (1) Urgência e Emergência, (2) Especialidades, (3) Saúde Mental, (4) Hospitais Gerais e (5) Recuperação e Cuidado ao Idoso. 14 dessas unidades estão localizadas na região metropolitana de Belo Horizonte e sete ficam no interior do estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2015). A Tabela 2 e a

Tabela 3 apresentam as unidades assistenciais da FHEMIG, O Quadro 4 mostra os serviços prestados pela FHEMIG.

Além das 21 unidades assistenciais, a FHEMIG mantém, em Belo Horizonte, uma unidade administrativa e coordena, por meio do Complexo MG Transplantes, a política de transplantes de órgãos e tecidos no estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2015).

A Fundação é considerada uma das maiores redes de hospitais públicos da América Latina. Em 2015, ela representou 6,3% das internações do SUS no estado de Minas Gerais. Neste mesmo ano, totalizaram 61.934 internações, 82.500 diárias de UTI, 26.770 cirurgias, 273.966 consultas de urgência e 292.809 consultas eletivas na rede. Possui orçamento anual maior que 1 bilhão de reais e aproximadamente 12.500 servidores (FHEMIG, 2015).

Além disso, a FHEMIG é uma das maiores instituições de residência médica no país com 410 médicos residentes, 35 programas de residência médica em 14 hospitais, sendo 20 diferentes especialidades e 15 áreas de atuação. Através de estágios, orientados por professores das instituições de ensino e supervisionados pelos profissionais servidores do corpo clínico ou administrativo, a FHEMIG capacita futuros profissionais do SUS e da administração pública. Em 2015, foram 4.152 estagiários distribuídos em diversas áreas de atuação (FHEMIG, 2015).

A FHEMIG impulsiona a pesquisa e a inovação tecnológica por meio da articulação e intercâmbio com outras instituições de ensino, pesquisa e inovação. Sua área de pesquisa possui um grande potencial, principalmente devido à experiência e ao volume de atendimentos nas mais diversas especialidades. Essa área, com produção científica crescente, busca pela excelência no desenvolvimento de novas técnicas, produtos, prestação de serviços e atendimento aos usuários do SUS. Serviços de excelência, dentro da FHEMIG, têm a oportunidade de referenciar seus processos de trabalho para a própria rede e para outros serviços públicos e privados, consolidando a FHEMIG como Referência Hospitalar no estado de Minas Gerais e como um grande centro formador de profissionais da saúde (FHEMIG, 2015).

Quadro 4 - Serviços prestados pela FHEMIG

Serviços prestados pela FHEMIG	Unidade(s) onde o serviço é prestado																						
	HJXXIII	UOGV	HMAL	HCM	HJUPII	MOV	HAC	HEM	HGV	IRS	CHPB	CMT	CEPAI	HJK	HRAD	HGBJA	HRJP	CSPD	CSSFE	CSSI	CSSFA	CMG Transp.	
Atendimento ambulatorial a pacientes com Aids/HIV								x									x						
Atendimento médico a pessoas com hepatites virais								x															
Atendimento médico de urgência a mulheres vítimas de violência sexual						x								x									
Atendimento a vítima de grandes queimaduras	x																						
Atendimento ambulatorial de reabilitação física																	x		x				
Atendimento ambulatorial psiquiátrico a usuários de álcool e drogas												x											
Atendimento de urgência para vítimas de ataques de animais	x																						
Atendimento de urgência psiquiátrica infanto-juvenil													x										
Atendimento domiciliar para adultos com doenças neuromusculares														x									
Atendimento domiciliar para crianças com doenças neuromusculares					x																		
Atendimento domiciliar terapêutico a pacientes com Aids/HIV								x															
Atendimento em urgência de clínica médica	x						x							x	x		x						

(continua)



(continuação)

Serviços prestados pela FHEMIG	Unidade(s) onde o serviço é prestado																						
	HJXXIII	UOGV	HMAL	HCM	HIJPII	MOV	HAC	HEM	HGV	IRS	CHPB	CMT	CEPAI	HJK	HRAD	HGBJA	HRJP	CSPD	CSSFE	CSSI	CSSFA	CMG Transp.	
Atendimento em urgência psiquiátrica para adulto									x	x	x												
Atendimento integral à saúde da mulher						x																	
Atendimento médico a adultos com doenças infectocontagiosas								x									x						
Atendimento médico a doenças infectocontagiosas infanto-juvenis					x																		
Atendimento médico a pacientes adultos com doenças neuromusculares														x									
Atendimento médico a pessoas afetadas pela hanseníase								x									x	x	x	x	x		
Atendimento médico a recém-nascidos que necessitam de terapia intensiva					x	x								x	x		x						
Atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos em vítimas de acidentes em estado grave	x														x								
Atendimento médico e internação de pacientes com complicações da tuberculose								x						x			x						
Atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave	x						x							x	x								
Atendimento médico em urgências ginecológicas e obstétricas						x								x	x		x						

(continua)

(conclusão)

Serviços prestados pela FHEMIG	Unidade(s) onde o serviço é prestado																						
	HJXXIII	UOGV	HMAL	HCM	HIJPII	MOV	HAC	HEM	HGV	IRS	CHPB	CMT	CEPAI	HJK	HRAD	HGBJA	HRJP	CSPD	CSSFE	CSSI	CSSFA	CMG Transp.	
Atendimento médico em urgências pediátricas					x		x							x	x		x						
Atendimento médico especializado em pacientes com câncer							x																
Atendimento médico para crianças com doenças neuromusculares					x																		
Atendimento médico-hospitalar a feridos em casos de grandes catástrofes	x																						
Cirurgias de urgência para pacientes com risco de morte	x						x							x	x		x						
Coleta e doação de leite materno						x											x						
Exames de sangue para confirmação de doenças como Aids, hepatites e sífilis								x															
Informações e tratamentos em casos de intoxicação química e picadas de escorpião e outros	x																						
Internação hospitalar de pacientes que precisam de cuidados médicos prolongados				x																			
Transplantes e doação de órgãos e tecidos humanos																							x
Tratamento médico para adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários	x					x	x	x						x	x	x	x						

Fonte: BEM (2016).

**Tabela 1 - Taxas de ocupação e mortalidade hospitalar nas unidades da FHEMIG**

<b>Complexo</b>	<b>Unidade</b>	<b>Taxa de ocupação hospitalar operacional*</b>	<b>Taxa de mortalidade institucional**</b>
Urgência e Emergência	Hospital João XXIII (HJXXIII)	116,48%	5,17%
	Unidade Ortopédica Galba Veloso (UOGV)	63,90%	0,00%
	Hospital Maria Amélia Lins (HMAL)	72,55%	0,00%
	Hospital Cristiano Machado (HCM)	73,81%	3,91%
	Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII)	95,34%	0,84%
Especialidades	Maternidade Odete Valadares (MOV)	87,96%	0,57%
	Hospital Alberto Cavalcanti (HAC)	83,96%	7,47%
	Hospital Eduardo de Menezes (HEM)	82,05%	11,90%
Saúde Mental	Hospital Galba Veloso (HGV)	79,52%	0,17%
	Instituto Raul Soares (IRS)	74,05%	0,08%
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)	71,76%	0,32%
	Centro Mineiro de Toxicomania (CMT)	N/A	N/A
	Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI)	73,02%	0,00%
Hospitais Gerais	Hospital Júlia Kubitschek (HJK)	94,90%	4,71%
	Hospital Regional Antônio Dias (HRAD)	101,84%	4,11%
	Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo (HGBJA)	93,17%	12,45%
	Hospital Regional João Penido (HRJP)	71,88%	3,44%
Reabilitação e Cuidado ao Idoso	Casa de Saúde Padre Damião (CSPD)	58,37%	3,68%
	Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE)	51,04%	2,44%
	Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI)	125,17%	6,22%
	Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA)	24,81%	0,97%

**Fonte: BEM (2016).**

**Tabela 2 - Unidades assistenciais da FHEMIG**

Complexo	Unidade	Localização	CNES <sup>1</sup>	Funcionários <sup>2</sup>	Produção aprovada (média mensal em 2016) - em reais	
					Produção Hospitalar	Produção Ambulatorial
Urgência e Emergência	Hospital João XXIII (HJXXIII)	Belo Horizonte				
	Unidade Ortopédica Galba Veloso (UOGV)	Belo Horizonte	26921 <sup>3</sup>	3115	4.670.289,19	904.130,39
	Hospital Maria Amélia Lins (HMAL)	Belo Horizonte				
	Hospital Cristiano Machado (HCM)	Sabará	2115662	202	134.912,74	18.480,72
	Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII)	Belo Horizonte	26948	954	615.203,60	266.417,06
Especialidades	Maternidade Odete Valadares (MOV)	Belo Horizonte	26972	880	945.512,88	80.939,59
	Hospital Alberto Cavalcanti (HAC)	Belo Horizonte	26964	728	447.590,33	484.245,70
	Hospital Eduardo de Menezes (HEM)	Belo Horizonte	2181770	505	301.110,80	111.002,33
Saúde Mental	Hospital Galba Veloso (HGV)	Belo Horizonte	26913	276	180.940,50	3.996,45
	Instituto Raul Soares (IRS)	Belo Horizonte	26999	277	123.862,31	10.274,80
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)	Barbacena	209946	361	202.334,08	8.079,51
	Centro Mineiro de Toxicomania (CMT)	Belo Horizonte	27626	54	0,00	2.292,23
	Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI)	Belo Horizonte	26697	94	15.025,58	10.532,52

(continua)

<sup>1</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - mantido pelo Ministério da Saúde.<sup>2</sup> Cadastrados no CNES em novembro/2016.<sup>3</sup> HJXXIII, UOGV e HMAL são considerados uma unidade no CNES.

(conclusão)

Complexo	Unidade	Localização	CNES <sup>4</sup>	Funcionários <sup>5</sup>	Produção aprovada (média mensal em 2016) - em reais	
					Produção Hospitalar	Produção Ambulatorial
Hospitais Gerais	Hospital Júlia Kubitschek (HJK)	Belo Horizonte	27022	1462	1.121.818,82	337.187,19
	Hospital Regional Antônio Dias (HRAD)	Patos de Minas	2726726	715	687.109,53	100.498,11
	Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo (HGBJA)	Barbacena	3698548	561	375.162,43	61.083,69
	Hospital Regional João Penido (HRJP)	Juiz de Fora	2111624	1098	823.000,50	94.336,47
Reabilitação e cuidado ao idoso I	Casa de Saúde Padre Damião (CSPD)	Ubá	2195429	149	253.230,77	10.888,48
	Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE)	Três Corações	2775905	149	127.472,48	56.604,01
	Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI)	Betim	2115654	295	164.993,64	69.848,79
	Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA)	BambuÍ	2105799	111	204.064,40	0,00

Fonte: BEM (2016).

<sup>4</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - mantido pelo Ministério da Saúde.

<sup>5</sup> Cadastrados no CNES em novembro/2016.

**Tabela 3 - Leitos das unidades assistenciais da FHEMIG**

Complexo	Unidade	Leitos CNES (dezembro/2016) <sup>6</sup>					Leitos Operacionais (dezembro/2016) <sup>7</sup>			
		Especialidades	Crônico Asilar	CTI	Complementares	Total CNES	Especialidades	Crônico Asilar	CTI e Complementares	Total Operacionais
Urgência e Emergência	Hospital João XXIII (HJXXIII)						166	0	98	264
	Unidade Ortopédica Galba Veloso (UOGV)	473	0	104	0	577	68	0	0	68
	Hospital Maria Amélia Lins (HMAL)						60	0	0	60
	Hospital Cristiano Machado (HCM)	23	40	0	0	63	54	0	0	54
	Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII)	137	0	18	4	159	96	0	16	112
Especialidades	Maternidade Odete Valadares (MOV)	96	0	65	0	161	97	0	25	123
	Hospital Alberto Cavalcanti (HAC)	95	0	9	2	106	91	0	6	97
	Hospital Eduardo de Menezes (HEM)	92	0	10	0	102	76	0	10	86
Saúde Mental	Hospital Galba Veloso (HGV)	130	0	0	0	130	130	0	0	130
	Instituto Raul Soares (IRS)	108	0	0	0	108	108	0	0	108
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)	240	0	0	0	240	36	150	0	186
	Centro Mineiro de Toxicomania (CMT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI)	11	7	0	0	18	12	7	0	19

(continua)

<sup>6</sup> Leitos CNES - Leitos institucionais cadastrados no Ministério da Saúde.<sup>7</sup> Leitos operacionais - Leitos em utilização ou passível de ser utilizado no momento do censo.

(conclusão)

Complexo	Unidade	Leitos CNES (dezembro/2016) <sup>8</sup>					Leitos Operacionais (dezembro/2016) <sup>9</sup>			
		Especialidades	Crônico Asilar	CTI	Complementares	Total CNES	Especialidades	Crônico Asilar	CTI e Complementares	Total Operacionais
Hospitais Gerais	Hospital Júlia Kubitschek (HJK)	321	0	44	4	369	202	0	31	233
	Hospital Regional Antônio Dias (HRAD)	98	0	15	3	116	98	0	18	116
	Hospital Geral de Barbacena Dr. José Américo (HGBJA)	62	0	10	3	75	65	0	10	75
	Hospital Regional João Penido (HRJP)	163	0	39	0	202	163	0	39	202
Reabilitação e Cuidado ao Idoso	Casa de Saúde Padre Damião (CSPD)	20	175	0	0	195	20	119	0	139
	Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE)	20	60	0	0	80	20	60	0	80
	Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI)	12	120	0	0	132	12	120	0	132
	Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA)	51	85	0	0	136	24	97	0	121

Fonte: BEM (2016).

#### 2.4.2 Custos na FHEMIG

De acordo com Drumond (2014), a FHEMIG iniciou os estudos sobre custos em 1991. Nessa época, que ferramentas informatizadas eram escassas, alguns hospitais da rede geravam informações e as utilizavam para planejamento e otimização de recursos. Em 1995, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, a FHEMIG realizou um estudo de implantação do Custeio Baseado em Atividades. O ABC se apresentou como um instrumento capaz de apoiar a gestão por meio do estudo de processos. Porém, a falta de pessoal capacitado e de infraestrutura tecnológica limitou o ABC na FHEMIG (DRUMOND, 2014).

<sup>8</sup> Leitos CNES - Leitos institucionais cadastrados no Ministério da Saúde.

<sup>9</sup> Leitos operacionais - Leitos em utilização ou passível de ser utilizado no momento do censo.

Em 2007, por meio do Choque de Gestão, o Estado atribuiu à FHEMIG a tarefa de aprimorar o sistema de controle de custos dos hospitais da rede. Isso trouxe mudanças profundas na cultura e nas estratégias da Fundação. Neste mesmo ano, a FHEMIG implantou o Sistema de Gestão Estratégica de Custos Hospitalares e, conseqüentemente, criou a base de conhecimento e metainformação custos (DRUMOND, 2014).

Ao criar a base de conhecimento e metainformação custos, a FHEMIG optou por um modelo de gestão inovador que prima pela utilização das informações de custos como ferramenta de suporte norteadora da excelência do gasto público. A máxima popular “custo é para ser cortado” deu lugar a uma gestão de custos acompanhada de estudos e justificativas que asseguram resultados positivos para o paciente e para a sociedade. O Sistema de Gestão Estratégica de Custos Hospitalares apoia-se no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH), da FHEMIG (GONÇALVES et al., 2010a; DRUMOND, 2014).

O SIGH é um software web desenvolvido e mantido pela FHEMIG, desde 2002, que contempla áreas assistenciais e administrativas e apoia a gestão hospitalar. Em 2008, a FHEMIG iniciou o desenvolvimento do módulo Custos no SIGH. Inicialmente, foi desenvolvido o Custeio Absorção e, em 2010, foi desenvolvido o Custeio Baseado em Atividades (ABC). Desde 2009, o SIGH está implantado em todas as unidades da rede FHEMIG (DRUMOND, 2014).

O Observatório de Custos da FHEMIG foi criado em 2008 por um grupo de pesquisadores da Fundação e da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais (UFMG). Vinculado ao Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde (NOCES), integra a Rede Nacional de Observatórios de Custos em Saúde juntamente com Ministério da Saúde (MS), SES-MG, UFMG, Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais (BDMG), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Associação Hospitalar de Minas Gerais (AHMG) e Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde (IBEDESS) (DRUMOND, 2014).

O objetivo principal do Observatório de Custos é gerar conhecimento que subsidie o debate científico, político, jurídico, financeiro e acadêmico no setor saúde. Também lhe compete promover o crescimento científico, fortalecer o conhecimento das instituições envolvidas e proporcionar oportunidades de interação interdisciplinar, acadêmica e institucional. O foco dos estudos é evidenciar os custos não apenas na dimensão financeira mas também como parte de um sistema de informações de



gestão. É incentivada a utilização da metainformação custos e indicadores gerados de forma a compreender quais são e como os recursos são consumidos (DRUMOND, 2014).

O Observatório de Custos, com o apoio do SIGH, atua de forma estratégica na FHEMIG. Cada unidade possui pelo menos um gestor de custos, que é responsável por gerar informações, fundamentar decisões e disseminar a cultura de custos, centrada na excelência do atendimento ao paciente e na qualidade do gasto público. O Observatório de Custos da FHEMIG agrega os gestores e as informações das unidades produzindo informações e debates em nível de unidade ou rede. Tudo isto apoia a execução do planejamento estratégico (DRUMOND, 2014).

A base de informações gerada pelo Observatório de Custos tem subsidiado o *benchmarking* e a padronização de processos assistenciais e administrativos da FHEMIG. Isto acontece nos frequentes grupos focais e oficinas promovidas pelo Observatório de Custos da FHEMIG. Além disso, essa base é capaz de subsidiar ações e políticas públicas na organização de redes de serviços, incentivos e pagamentos (DRUMOND, 2014).

A FHEMIG emite, no SIGH, a Prestação de Contas ao Paciente, que detalha o custo do atendimento do paciente. O objetivo não é cobrar pelo serviço, mas dar acesso à informação do custo do atendimento ao usuário do SUS. A Prestação de Contas é um instrumento que demonstra de forma transparente o retorno de impostos em serviços (GONÇALVES et al., 2011; DRUMOND, 2014).

### **2.4.3 Protocolos clínicos na FHEMIG**

A Diretoria Assistencial (DIRASS), uma das diretorias da Administração Central da FHEMIG, tem como objetivo principal promover a melhoria contínua do nível da assistência prestada (FHEMIG, 2008). De acordo com os decretos nº 43.676 de 4 de dezembro de 2003 e nº 44.466 de 16 de fevereiro de 2007, ela possui, entre outras competências: (1) definir protocolos de conduta para serem implantados nas unidades assistenciais em suas diversas clínicas; (2) coordenar a padronização de medicamentos e insumos hospitalares e definir protocolos para a sua utilização (GERAIS, 2003).

Nesse contexto foi criada, através da Portaria Presidencial nº 262/2005, a Comissão Central de Protocolos Clínicos da FHEMIG (CCPC) para elaboração,

implantação e coordenação de protocolos de condutas clínicas, especificamente. Logo após, a DIRASS pactuou com os hospitais da FHEMIG e criou, em cada um, uma Comissão Local de Protocolos Clínicos (CLPC). As comissões locais e central estão associadas ao Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da unidade (FHEMIG, 2008).

Em paralelo aconteceram: (1) a implantação de protocolos na rede de assistência primária da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, (2) a publicação da portaria n 816 de 31 de maio de 2005, do Ministério da Saúde, que constituiu o comitê gestor nacional de protocolos de assistência, diretrizes terapêuticas e incorporação tecnológica em saúde e (3) o lançamento do livro de Protocolos – Urgências e Emergências de uma grande instituição da saúde suplementar de Belo Horizonte. Tudo isso contribuiu para justificar, ainda mais, os Protocolos Clínicos na FHEMIG (FHEMIG, 2008).

Desde o primeiro semestre de 2005, a CCPC mobiliza e envolve todas as unidades da FHEMIG para a elaboração de protocolos. Constantemente acontecem divulgações e discussões amplas a respeito da necessidade de protocolos fundamentados na medicina baseada em evidência (MBE). As unidades da FHEMIG definem os temas considerando prevalência, diversidade de conduta, custos, impactos na população, epidemia, demanda de órgãos reguladores e sugerem a elaboração do protocolo à CCPC (FHEMIG, 2008).

A CCPC faz a avaliação qualitativa do tema sugerido com apoio de um instrumento baseado no *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) – ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida (AGREE, 2003; FHEMIG, 2008). O grau de recomendação e o nível de evidência são mensurados por meio de uma classificação adaptada do Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence à semelhança da adaptação feita pelo projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) (MBE) (FHEMIG, 2008; CEBM, 2001; AMB, 2005).

Assim que o tema é priorizado, na avaliação da CCPC, é iniciada a elaboração do protocolo já como a preocupação de envolver todos os profissionais, principalmente os executantes dos processos relacionados ao protocolo. Isso tudo para garantir maior qualidade e adesão (FHEMIG, 2014).

Os protocolos são elaborados pelos profissionais das unidades a partir das melhores evidências científicas disponíveis no momento e sua prática clínica. As

comissões central e local coordenam a elaboração. Esse momento possibilita rever processos de trabalho, definir fluxogramas, esclarecer dúvidas e estimular o trabalho em equipe. Muitos hospitais, particularmente aqueles com residência médica, têm reuniões ampliadas para discussões de protocolos já validados pela sua prática há alguns anos (FHEMIG, 2014).

Na elaboração dos protocolos são mantidos os seguintes princípios: (1) Exequibilidade: atingir a atividade-fim da Fundação; (2) Universalidade: seguir uma orientação matricial, guardada a realidade das unidades e particularidades do tema; (3) Objetividade: texto prático e objetivo com fluxograma e fácil acesso, virtual e físico, em que toda fundamentação e comunicação teórica sejam facilmente transmitidas aos executores; (4) Base de evidência científica: além de citar referências bibliográficas, também indica o grau de recomendação e o nível de evidência científica, conforme o modelo, para ressaltar a consistência da informação e a objetividade na utilização do protocolo (FHEMIG, 2008).

Quando finalizada a elaboração, o protocolo é publicado como consulta interna na intranet, rede restrita aos funcionários da FHEMIG. Existe uma ferramenta de comunicação estruturada para recebimento de sugestões e críticas, que são avaliadas e encaminhadas para apreciação dos autores do protocolo e CCPC (FHEMIG, 2014).

Sempre quando necessário, em questões éticas na prática clínica ou assuntos polêmicos, é solicitada a opinião de órgãos de classe ou consulta jurídica para validação dos protocolos. Alguns protocolos são construídos em parceria com outras instituições de ensino ou de saúde. Um outro instrumento que pode ser utilizado para a validação é a consulta às Sociedades de Especialidades das diversas categorias profissionais (FHEMIG, 2014).

As estratégias adotadas na implantação são treinamento e sensibilização dos profissionais para a importância do uso do protocolo e garantia da disponibilidade de recursos para o cumprimento do mesmo. Durante a implantação ocorre a integração do grupo gestor com os profissionais da linha de frente, uma oportunidade gerencial única. Nessa fase, surgem dificuldades em propor soluções para diversos setores do hospital e resistência de profissionais com relação a mudanças (FHEMIG, 2008).

Após a implantação do protocolo, a assistência nos hospitais da FHEMIG é monitorada através de indicadores, em média dois por protocolo. A tomada de decisão rápida e efetiva que os protocolos proporcionam tem impactado os resultados, por exemplo, redução no tempo de internação e, conseqüentemente, liberação de leitos e

otimização no consumo de recursos. A utilização do Protocolo de Sepses Grave e Choque Séptico, em dez unidades, reduziu significativamente a mortalidade na rede (FHEMIG, 2014).

Além da sistematização e disseminação de boas práticas nas 21 unidades da FHEMIG e em outros serviços de saúde públicos ou privados, os protocolos clínicos asseguram à população assistida condutas efetivas com elevado padrão de segurança fundamentadas em evidências fortes e atuais disponíveis (FHEMIG, 2014).

No ano de 2008, a FHEMIG publicou a primeira edição do Caderno de Protocolos Clínicos, com 23 protocolos. Em 2010, a segunda edição foi publicada, com 25 protocolos. E, por último, a terceira edição, publicada em 2014 com 45 protocolos clínicos em várias especialidades (FHEMIG, 2014).

O Quadro 5 apresenta os protocolos publicados na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG.

**Quadro 5 - Protocolos publicados na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG**

Número	Nome	Área	Estabelecido em	Última revisão
001	Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve	Clínica Médica	13/12/2005	02/07/2014
002	Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal	Cirurgia	13/12/2005	15/06/2014
003	Sepses Grave e Choque Séptico	Clínica Médica	30/09/2006	14/07/2014
004	Pré-eclâmpsia	Saúde da Mulher	13/12/2005	22/11/2013
005	Prematuridade	Saúde da Mulher	22/07/2010	26/11/2013
006	Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS	Clínica Médica	03/12/2005	08/07/2013
007	Abordagem e Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com Hepatite Viral Aguda	Clínica Médica	03/12/2005	23/06/2014
008	Convulsão no Recém-nascido	Pediatria	03/12/2005	20/07/2014
009	Intubação em Sequência Rápida na Pediatria	Pediatria	10/11/2006	02/05/2014
010	Atendimento Terciário das Lesões Traumáticas do Quadril e Pelve	Ortopedia	03/12/2005	17/06/2014
011	Prevenção de Queda	Segurança do Paciente	23/07/2014	Não informado
012	Tratamento das Hepatites Virais Crônicas B, C e Coinfectados HIV	Clínica Médica	23/03/2008	14/07/2014
013	Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão	Segurança do Paciente	27/05/2008	05/11/2013

(continua)

(conclusão)

Número	Nome	Área	Estabelecido em	Última revisão
014	Avaliação Clínica do Idoso	Clínica Médica	20/01/2014	Não informado
015	Manejo Hospitalar da Tuberculose	Clínica Médica	30/09/2007	12/06/2014
016	Síndrome de Abstinência Alcoólica	Saúde Mental	10/07/2014	23/11/2007
017	Apendicectomia	Cirurgia	28/05/2006	13/06/2014
018	Captação de Doadores de Tecidos Oculares para Transplante	Cirurgia	10/03/2008	14/06/2012
019	Tratamento Primário das Fraturas Expostas	Ortopedia	30/06/2007	15/05/2014
020	Segurança Cirúrgico-Anestésica	Segurança do Paciente	16/06/2014	Não informado
021	Asma na Infância	Pediatria	30/09/2007	05/08/2014
022	Cuidados com o Paciente em Iminência de Morte Encefálica ou em Morte Encefálica	Clínica Médica	10/05/2008	15/04/2014
023	Traumatismo Raquimedular	Ortopedia	10/05/2008	18/05/2014
024	Cuidados ao Idoso e Reabilitação	Clínica Médica	27/05/2008	10/02/2014
025	Triagem Nutricional em Paciente Adulto	Clínica Médica	30/12/2009	15/07/2014
026	Diagnóstico e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças e Adolescentes - TDAH	Saúde Mental	29/06/2011	13/08/2013
027	Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas	Saúde Mental	10/08/2013	Não informado
028	Antibioticoprofilaxia Cirúrgica	Cirurgia	22/11/2008	19/08/2013
029	Bronquiolites Viróticas na Infância	Pediatria	24/10/2011	20/01/2013
030	Esquizofrenia Refratária	Saúde Mental	30/06/2009	20/08/2013
031	Sepse Neonatal	Pediatria	29/12/2008	08/08/2013
032	Câncer de Mama e Patologias Benignas: Mastologia e Equipe Multidisciplinar	Saúde da Mulher	15/12/2012	23/08/2013
033	Contenção Física de Pacientes	Segurança do Paciente	19/01/2012	13/08/2013
034	Intoxicação Alcoólica Aguda	Saúde Mental	21/01/2012	13/08/2013
035	Feridas Hospitalares II	Clínica Médica	20/08/2013	Não informado
036	Cetoacidose Diabética na Infância e Adolescência	Pediatria	07/04/2007	12/08/2013
037	Triagem Nutricional em Pediatria	Pediatria	30/06/2009	12/08/2013
038	Avaliação Nutricional Neonatal	Pediatria	30/12/2008	12/08/2013
039	Atendimento ao Queimado	Cirurgia	19/08/2013	Não informado
040	Antimicrobianos de Uso Restrito	Clínica Médica	18/07/2013	Não informado
041	Manejo Clínico do Usuário de Crack	Saúde Mental	10/04/2013	13/08/2013
042	Eletroconvulsoterapia	Saúde Mental	29/06/2009	14/08/2013
043	Avaliação e Monitoramento Fonoaudiólogo em Pacientes com Fratura de Côndilo Mandibular não Cirúrgica	Ortopedia	05/08/2011	13/08/2013
044	Hipertensão Arterial Sistêmica	Clínica Médica	11/03/2011	13/08/2013
045	Prevenção de Tromboembolia Venosa	Segurança do Paciente	23/08/2013	Não informado

Fonte: FHEMIG (2014).

A revisão dos protocolos publicados no Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG está programada para ser realizada de 3 em 3 anos ou antes, se necessário. Os protocolos atualizados ficam disponíveis na intranet e no site oficial da FHEMIG (FHEMIG, 2014).

O Quadro 6 apresenta os protocolos implantados e monitorados em cada unidade da FHEMIG. Alguns deles não estão publicados na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG.

**Quadro 6 - Protocolos Clínicos Implantados em dezembro de 2016**

<b>Unidade</b>	<b>Protocolos</b>
CEPAI	1 - Acolhimento no CEPAI 2 - Contenção física de pacientes 3 - Acompanhamento do primeiro episódio psicótico em crianças e adolescentes 4 - Higienização das mãos 5 - Prevenção de queda 6 - Identificação correta do paciente 7 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
IRS	1 - Síndrome de abstinência alcoólica 2 - Intoxicação alcoólica aguda 3 - Manejo clínico do usuário de crack 4 - Contenção física de pacientes 5 - Higienização das mãos 6 - Prevenção de queda 7 - Identificação correta do paciente 8 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
CHPB	1 - Feridas hospitalares I - Úlcera por pressão 2 - Feridas hospitalares II 3 - Higienização das mãos 4 - Prevenção de queda 5 - Identificação correta do paciente 6 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HGV	1 - Síndrome de abstinência alcoólica 2 - Intoxicação alcoólica aguda 3 - Manejo clínico do usuário de crack 4 - Contenção física de pacientes 5 - Higienização das mãos 6 - Prevenção de queda 7 - Identificação correta do paciente 8 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
CMT	1 - Acolhimento aos usuários do CMT 2 - Higienização das mãos 3 - Prevenção de queda 4 - Identificação correta do paciente 5 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

(continua)

(continuação)

Unidade	Protocolos
CSSI	1 - Feridas hospitalares I - Úlcera por pressão 2 - Feridas hospitalares II 3 - Cirurgia segura 4 - Higienização das mãos 5 - Prevenção de queda 6 - Identificação correta do paciente 7 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
CSSFA	1 - Feridas hospitalares I - Úlcera por pressão 2 - Feridas hospitalares II 3 - Cirurgia segura 4 - Higienização das mãos 5 - Prevenção de queda 6 - Identificação correta do paciente 7 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
CSPD	1 - Feridas hospitalares I - Úlcera por pressão 2 - Feridas hospitalares II 3 - Higienização das mãos 4 - Prevenção de queda 5 - Identificação correta do paciente 6 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
CSSFE	1 - Feridas hospitalares I - Úlcera por pressão 2 - Feridas hospitalares II 3 - Higienização das mãos 4 - Prevenção de queda 5 - Identificação correta do paciente 6 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HRAD	1 - Sepses grave e choque séptico 2 - Sepses neonatal 3 - Fratura exposta 4 - Assistência multidisciplinar no parto normal 5 - Feridas Hospitalares I: Úlcera por pressão 6 - Cirurgia segura 7 - Higienização das mãos 8 - Prevenção de queda 9 - Identificação correta do paciente 10 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HRJP	1 - Sepses grave e choque séptico 2 - Sepses neonatal 3 - Assistência multidisciplinar no parto normal 4 - Feridas Hospitalares I: Úlcera por pressão 5 - Cirurgia segura 6 - Higienização das mãos 7 - Prevenção de queda 8 - Identificação correta do paciente 9 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

(continua)

(continuação)

Unidade	Protocolos
HJK	1 - Manejo hospitalar da tuberculose 2 - Sepse grave e choque séptico 3 - Feridas Hospitalares I: Úlcera por pressão 4 - Feridas Hospitalares II 5 - Assistência multidisciplinar no parto normal 6 - Cirurgia segura 7 - Higienização das mãos 8 - Prevenção de queda 9 - Identificação correta do paciente 10 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HRB	1 - Sepse grave e choque séptico 2 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 3 - Feridas hospitalares II 4 - Antibioticoprofilaxia cirúrgica 5 - Fratura exposta 6 - Prevenção de TEV 7 - Cirurgia segura 8 - Higienização das mãos 9 - Prevenção de queda 10 - Identificação correta do paciente 11 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HEM	1 - Prevenção de TEV 2 - Sepse grave e choque séptico 3 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 4 - Feridas hospitalares II 5 - Higienização das mãos 6 - Prevenção de queda 7 - Identificação correta do paciente 8 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HAC	1 - Antibioticoprofilaxia cirúrgica 2 - Sepse grave e choque séptico 3 - Câncer de mama 4 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 5 - Cirurgia segura 6 - Higienização das mãos 7 - Prevenção de queda 8 - Identificação correta do paciente 9 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
MOV	1 - Sepse grave e choque séptico 2 - Sepse neonatal 3 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 4 - Cirurgia segura 5 - Higienização das mãos 6 - Prevenção de queda 7 - Identificação correta do paciente 8 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

(continua)



(conclusão)

Unidade	Protocolos
HJXXIII	1 - Fratura exposta 2 - Sepses grave e choque séptico 3 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 4 - Feridas hospitalares II 5 - Prevenção de TEV 6 - Antibioticoprofilaxia cirúrgica 7 - Cirurgia segura 8 - Higienização das mãos 9 - Prevenção de queda 10 - Identificação correta do paciente 11 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
UOGV	1 - Antibioticoprofilaxia cirúrgica 2 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 3 - Feridas hospitalares II 4 - Prevenção de TEV 5 - Cirurgia segura 6 - Higienização das mãos 7 - Prevenção de queda 8 - Identificação correta do paciente 9 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HMAL	1 - Fratura de quadril e pelve 2 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 3 - Feridas hospitalares II 4 - Antibioticoprofilaxia cirúrgica 5 - Cirurgia segura 6 - Higienização das mãos 7 - Prevenção de queda 8 - Identificação correta do paciente 9 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HIJPII	1 - Intubação em sequência rápida na pediatria 2 - Mal epilético 3 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 4 - Higienização das mãos 5 - Prevenção de queda 6 - Identificação correta do paciente 7 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos
HCM	1 - Feridas hospitalares I: Úlcera por pressão 2 - Feridas hospitalares II 3 - Cirurgia segura 4 - Higienização das mãos 5 - Prevenção de queda 6 - Identificação correta do paciente 7 - Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Fonte: BEM (2016).

#### **2.4.4 O Hospital João XXIII**

O Custeio ABC foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)-Adulto e na Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) do Hospital João XXIII (HJXXIII), uma das unidades assistenciais da FHEMIG.

O HJXXIII atua como centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco de morte. Em 1973, o Hospital João XXIII foi criado para atender à grande demanda por atendimento de emergência. Ele pertenceu à Fundação Estadual de Assistência Médico de Urgências – Feamur – até 1977, quando foi incorporado à FHEMIG (FHEMIG).

O João XXIII oferece atendimentos do tipo urgência/emergência e programado (este último apenas para paciente internado ou com retorno periódico) nas especialidades Anestesiologia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Medicina Intensiva, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Pediatria. O HJXXIII não oferta consultas ou procedimentos eletivos (FHEMIG).

O Hospital João XXIII possui ambulatório de urgência/emergência, ambulatório de retorno, centros cirúrgicos (térreo e queimados), UTI (adulto, pediátrica e queimados), setor de emergências clínicas, unidade de cuidados prolongados e enfermarias de internação. Além disso, dispõe de serviços próprios de laboratórios de análises clínicas e toxicologia, unidade de exames de imagem (equipado com tomógrafos, aparelhos de raios-X e ultrassom), agência transfusional, farmácia, central de material esterilizado (CME), serviço de nutrição e dietética (SND), equipe de nutrição parenteral e enteral (ENUPE), equipe de fisioterapia, equipe de humanização (composta por servidores e voluntários), unidade de apoio ao paciente (UAP, composto por psicólogos e assistentes sociais), engenharia clínica, hotelaria, programa de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS), manutenção, comissão de morbimortalidade (CMM), núcleo de risco (NR), serviço de controle de infecções hospitalares (SCIH), equipe de saúde e segurança do trabalho (SST) e comissão de prevenção e tratamento de lesões (CPTL). O HJXXIII pertence à Rede Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A UTI-Adulto, localizada no térreo do HJXXIII, possui 37 leitos ativos. A maioria dos pacientes são admitidos nessa UTI por causa de doenças agudas – sem

condições preexistentes e sem úlceras por pressão. Porém, Unidade de Terapia Intensiva é um setor propenso ao desenvolvimento de UP devido a mobilidade limitada, uso de sedativos, alterações do nível de consciência, uso de drogas vasoativas e instabilidade dinâmica. A permanência dos pacientes na UTI-Adulto gira em torno de 12 dias. Quando o paciente tem alta da UTI, normalmente ele vai para outro setor.

A Unidade de Cuidados Prolongados (UCP), localizada no 3º andar do HJXXIII, possui 24 leitos adultos. A UTI-Adulto é o local que mais fornece paciente para a UCP. De acordo com profissionais da UCP, os pacientes vindos da UTI-Adulto frequentemente chegam com úlceras por pressão. Além disso, em torno de 90% dos pacientes da UCP são totalmente dependentes da equipe multiprofissional para mudança de posição – fator crítico para desenvolvimento de UP. A permanência dos pacientes na UCP é de, pelo menos, 180 dias.

A Tabela 4 mostra a incidência e a prevalência da úlcera por pressão na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII, o número total de pacientes avaliados por meio da escala de Braden na admissão. No final de cada mês, esses indicadores são enviados dos setores para a Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões do HJXXIII. Este repassa para o Núcleo de Risco e para a Comissão Central de Protocolos Clínicos.

**Tabela 4 - Incidência e prevalência da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII**

Mês	UTI-Adulto		UCP	
	Incidência*	Prevalência**	Incidência*	Prevalência**
Jan/16	20/154= 12%	22/154= 14%	14/35= 40%	19/35= 54%
Fev/16	6/173= 3%	9/173= 5%	3/39= 7%	16/39= 41%
Mar/16	12/160=8%	17/160=11%	0/35=0%	8/35=23%
Abr/16	119/162= 73%	133/162= 82%	8/31= 26%	35/31= 113%
Mai/16	20/148= 14%	21/148= 14%	8/28= 29%	14/28= 50%
Jun/16	N/I	N/I	5/35= 14%	20/35= 57%
Jul/16	N/I	N/I	14/43= 33%	25/43= 58%
Ago/16	N/I	N/I	14/35= 40%	28/35= 80%
Set/16	N/I	N/I	10/38= 26%	26/38= 68%
Out/16	N/I	N/I	12/38= 32%	27/38= 71%
Nov/16	N/I	N/I	8/35= 23%	29/35= 83%
Dez/16	N/I	N/I	9/38= 24%	27/38= 71%

\*Número de pacientes com casos novos de UP/número de pacientes internados no setor

\*\*Número absoluto de pacientes com UP/número de pacientes internados no setor

**Fonte: FHEMIG (2016).**

Além de captar e monitorar os indicadores da UP, a CPTL do HJXXIII: (1) realiza busca ativa nos setores para reduzir a subnotificação; (2) educa continuamente a equipe multiprofissional para tornar os cuidados mais homogêneos; (3) apoia a realização de curativos, mediante solicitação do enfermeiro; (4) classifica material especial e monitora o uso deles em curativos para garantir a qualidade do atendimento. A lista de materiais especiais utilizados em curativos de úlcera por pressão está no ANEXO A - Lista de materiais especiais do HJXXIII.

A Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões do HJXXIII foi criada em novembro de 2013. Em 2014, ela foi reconhecida pelo trabalho “Implantação para uso racional de coberturas especiais”, no XXVI Encontro Gerencial da FHEMIG. Atualmente, a CPTL é composta por duas enfermeiras estomaterapeutas e uma acadêmica. Seu horário de funcionamento é das 06h00 às 16h00, somente em dias úteis.

**Tabela 5 - Número total de pacientes avaliados por meio da escala de Braden na admissão UTI - Adulto**

UTI	Sem risco	Leve	Moderado	Alto	Muito alto	Total de pacientes avaliados	Não foram avaliados	Pacientes que desenvolveram UP
Jan/16	2	2	6	11	16	37	N/I	21
Fev/12	0	1	2	18	18	39	2	6
Mar/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Abr/16	0	2	3	18	27	N/I	N/I	34
Mai/16	0	1	5	7	10	N/I	N/I	20
Jun/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Jul/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Ago/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Set/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Out/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Nov/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Dez/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I

Fonte: FHEMIG (2016).

Em 2011, o HJXXIII fez o Custeio ABC do procedimento Realizar curativo em úlcera por pressão, na UTI-Adulto, UCP e Unidade de Internação da Neurocirurgia. O objetivo foi comparar a rotina e o custo desses três setores. Para o Hospital João XXIII (2011), a UP é um fator agravante em pacientes acamados, por isso é indispensável avaliar como a assistência está sendo conduzida.

De acordo com o Hospital João XXIII (2011), o curativo constitui uma importante etapa no tratamento da UP e varia de acordo com o estágio da ferida (estágio I, II, III ou IV). Foi realizado pelo hospital o custeio por setor e por classificação UP. Não foram incluídos os custos indiretos.

O custo na UTI foi apresentado em 3 grupos: (1) curativo em UP grau I; (2) curativo em UP grau II e (3) curativo em UP graus III e IV. Na UCP foi apresentado em 4 grupos: (1) curativo em UP grau I; (2) curativo em UP grau II e (3) curativo em UP grau III e (4) curativo em UP grau IV. E na Unidade de Internação da Neurocirurgia em 2 grupos: (1) curativo em UP grau I; (2) curativo em UP graus II a IV.

**Tabela 6 - Número total de pacientes avaliados por meio da escala de Braden na admissão - UCP**

UCP	Sem risco	Leve	Mode-rado	Alto	Muito alto	Total de pacientes avaliados	Não foram avaliados	Pacientes que desenvolveram UP
Jan/16	0	0	0	2	5	7	N/I	19
Fev/12	0	0	0	2	4	6	10	3
Mar/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Abr/16	0	0	0	2	1	N/I	N/I	6
Mai/16	0	0	0	2	1	N/I	N/I	8
Jun/16	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I	N/I
Jul/16	0	0	0	1	1	N/I	N/I	14
Ago/16	0	0	0	0	0	N/I	N/I	14(todos sem avaliação na admissão)
Set/16	0	0	0	0	0	N/I	N/I	7 (todos sem avaliação)
Out/16	0	0	0	0	1	N/I	N/I	12 (1 muito alto e 11 sem avaliação)
Nov/16	0	0	0	0	0	N/I	N/I	8 (2muito alto e 6 sem avaliação)
Dez/16	0	0	0	0	0	N/I	N/I	9

Fonte: FHEMIG (2016).

Para o Hospital João XXIII (2011) existem várias opções de cobertura para cada classificação e, por isso, foram consideradas a de menor valor (no mínimo) e a de maior valor (no máximo). Os valores mínimo e máximo da UTI e UCP foram semelhantes (HOSPITAL JOÃO XXIII, 2011). Foi encontrada diferença na frequência

de mudança de decúbito do plantão diurno e do noturno. A principal causa apontada foi a falta de funcionários capacitados devido à alta rotatividade da equipe de enfermagem, às licenças e à lentidão na substituição.

Conforme o Hospital João XXIII (2011), as diferenças verificadas no custeio dos setores refletem falta de padrão, apesar de existir o protocolo clínico para tratamento de UP. A padronização seria alcançada se o protocolo fosse rigorosamente seguido em todo o HJXXIII.

Em 2012, o HJXXIII realizou um autodiagnóstico sobre lesões e constatou a necessidade de melhorias. Assim, foi feito um trabalho para melhorar a prevenção e o registro das UPs (em formulários). Devido à alta rotatividade e à quantidade insuficiente de funcionários, não foi implantado o procedimento operacional padrão (POP) de mudança de decúbito. Foi identificada escassez de roupa de cama, no HJXXIII, o que foi considerado um fator crítico para o desenvolvimento da UP. Houve redução do número de UPs, de coberturas utilizadas e, conseqüentemente, de custos hospitalares (HOSPITAL JOÃO XXIII, 2013).

Em 2013, foi reaplicado o Custeio ABC do procedimento Realizar curativo em úlcera por pressão, na UTI-Adulto, UCP e Unidade de Internação da Neurocirurgia. O custeio foi feito por setor e não incluiu custos indiretos. O custo do curativo foi apresentado por classificação de UP. Todos os setores apresentaram custo para cada uma das classificações: 1) curativo em UP grau I; (2) curativo em UP grau II e (3) curativo em UP grau III e (4) curativo em UP grau IV (HOSPITAL JOÃO XXIII, 2013).

Para o custo mínimo foi considerada a cobertura de menor valor, e para o custo máximo a de maior valor da categoria. Houve variação nos custos. Para o Hospital João XXIII (2013), a variação encontrada reflete, em parte, a falta de padronização do procedimento Realizar curativo (principalmente no consumo de recurso humano e cobertura). A diferença da rotina de mudança de decúbito no turno diurno e noturno foi identificada. O principal motivo apontado foi a rotatividade de pessoal. A escassez da roupa de cama foi encontrada e relatada no estudo de Hospital João XXIII (2013).

Em 07/03/2017, a FHEMIG atualizou a versão do SIGH, colocando a escala de Braden na evolução do enfermeiro. O objetivo foi garantir que a escala de Braden seja aplicada a cada 24 horas em todo paciente maior que 5 anos e internado. Após registrada a evolução, o SIGH emite uma prescrição de cuidados conforme risco do paciente. Além disso, a nova versão contempla evolução de lesão cutânea e

prescrição de coberturas. A UTI-Adulto e a UCP do HJXXIII estão utilizando no SIGH apenas evolução do enfermeiro com escala de Braden (sem a prescrição de cuidados). Processos ainda estão sendo discutidos para implantar prescrição de cuidados, evolução de lesão e prescrição de coberturas no SIGH.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Caracterização da Pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo analisar como atuam Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades quando utilizados juntos na compreensão do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na FHEMIG.

Com base nos objetivos, a pesquisa é classificada como exploratória. Esse tipo de pesquisa visa proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. A pesquisa exploratória é realizada em área com pouco conhecimento acumulado e sistematizado. A maioria dessas pesquisas envolve levantamento bibliográfico, exploração de campo, análise de exemplos que estimulem a compreensão e cognição livre (GIL, 2007; GONÇALVES; MEIRELLES, 2004; VERGARA, 2007).

O método aplicado na pesquisa foi o estudo de caso. Para Yin (2001), o objetivo do estudo de caso é explorar profundamente o fenômeno de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Nesse método, o pesquisador deve revelar o objeto estudado tal como ele o percebe, sem intervenção. A pesquisa possui abordagem qualitativa e quantitativa.

Os dados qualitativos foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, observação, entrevista semiestruturada, grupo focal e painel de especialistas. Os dados quantitativos foram coletados no módulo Custos do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) da FHEMIG e no Armazém de Informações da Administração Pública do Estado de Minas Gerais (ferramenta de *Business Intelligence* - BI). Entre outras funcionalidades, esse BI (também conhecido como Armazém do SIAD) realiza estatísticas de compras dos órgãos do estado de Minas Gerais.

Assim, esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso de caráter exploratório que utiliza dados qualitativos e quantitativos. A próxima seção detalha metodologia e métodos utilizados em cada fase da pesquisa.



### 3.2 Fases da pesquisa

A pesquisa aconteceu em oito fases. Na primeira fase foi elaborado o Projeto de Pesquisa. Utilizou-se o método pesquisa bibliográfica para definir pergunta orientadora, objetivos, justificativa, referencial teórico e metodologia. Para Fonseca (2002), todo trabalho científico começa com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Esse método usa, como fonte, materiais já elaborados, por exemplo, livros e artigos científicos

Na segunda fase aconteceram a defesa do projeto e a submissão para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FHEMIG. Em 24/11/16, o CEP emitiu o parecer número 1.834.769 aprovando o projeto desta pesquisa (CAAE: 60831216.7.0000.5119).

Na terceira fase foram delimitados escopo, participantes e métodos da Coleta de Dados. O Protocolo 13 Tratamento de Feridas Hospitalares I, publicado na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG, foi o selecionado para fazer parte do estudo. Esse protocolo está implantado em todas as unidades da FHEMIG, desde 2016. O ANEXO A - Lista de materiais especiais do HJXXIII

Os materiais que necessitam de autorização para dispensação estão listados no quadro abaixo. A autorização é emitida pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões, do HJXXIII (em dias úteis de 07:00 as 16:00).

Nome conhecido	Nome no SIGH	Apresentação
Petrolatum	Curativo – Apresentação: não aderente, estéril; tamanho: aproximadamente 10x10	1 unidade
Petrolatum	Curativo – Apresentação: não aderente, estéril; tamanho: aproximadamente 10x10	1 unidade
Aquacel	Curativo – Apresentação: placa, estéril, não tecido, carboximetilcelulose; tamanho: 20cm X 30cm	1 unidade
Aquacel	Curativo – Apresentação: placa, estéril, não tecido, 100% carboximetilcelulose; tamanho: 15cm X 15cm	1 unidade
Acticoat	Curativo – Apresentação: Tipo cobertura de ação antimicrobiana; tamanho 10X10 cm	1 unidade
Askina/Allevyn	Curativo adesivo de hidropolímero – medidas: aproximadamente 10 X 10cm; finalidade: -	1 unidade
Askina/Allevyn	Curativo adesivo de hidropolímero – medidas: aproximadamente 15 X 20cm; finalidade: -	1 unidade
Alginato de cálcio	Curativo alginato de cálcio e ou sódio. Medidas: 10 X 10 cm	1 unidade
Alginato de cálcio	Curativo alginato de cálcio e ou sódio. Medidas: com 35 cm de comprimento aproximadamente	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 10X10 cm	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 15X15 cm	1 unidade

Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 20X20 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 10,2 X 11,25 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 10,2 X 22,2 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 5,1 X 5,1 cm	1 unidade
Hidrogel com alginato	Gel p/curativo com alginato de sódio e/ou cálcio – identificação: amorfo, transparente, viscoso e estéril; composição:propilenoglicol com alginato de sódio e/ou cálcio	Tubo 25 gramas

**Fonte: FHEMIG (2014-2017).**

ANEXO B - Protocolo Clínico 013 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão apresenta o protocolo escolhido. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Adulto e a Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) do Hospital João XXIII (HJXXIII) foram os setores escolhidos para a realização do Custeio ABC. UTI-Adulto e UCP foram selecionados devido às altas taxas de incidência e prevalência de UP em terapias intensivas e cuidados prolongados.

Os participantes escolhidos para a Coleta de Dados foram integrantes da Comissão Central de Protocolos Clínicos da FHEMIG e profissionais que executam os processos de Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto do HJXXIII (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, farmacêuticos, técnicos de farmácia, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes social e psicólogos). A pesquisadora entregou pessoalmente a carta-convite (

APÊNDICE A – Carta-convite) e explicou a pesquisa para os escolhidos. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os métodos selecionados para a coleta de dados foram pesquisa documental, observação, entrevista semiestruturada, grupo focal e painel de especialistas.

Na quarta fase foi realizada a Coleta de Dados. O mapeamento de processos do Protocolo foi realizado por meio de pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais. A pesquisa documental utilizou como fonte o Protocolo 13, publicado na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG. As entrevistas e os grupos focais foram realizados com 3 integrantes da Comissão Central de Protocolos Clínicos, um deles contribuiu com a revisão e publicação do protocolo estudado.

O custeio ABC foi realizado mapeando os processos do Tratamento da Úlcera por Pressão e criando o dicionário de atividades dos processos. Este último detalha quantidade mínima e máxima de material de consumo e recurso humano utilizado por cada atividade. Para isso foram realizadas observações, entrevistas semiestruturadas e grupos focais com profissionais da UTI-Adulto e UCP do HJXXIII: 11 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 8 médicos (sendo 2 anestesistas, 1 cirurgião geral, 1 cirurgião plástico, 1 nutrólogo e 3 intensivistas), 2 farmacêuticos, 2 técnicos de farmácia, 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 2 assistentes sociais e 2 psicólogos.

Na última semana de janeiro de 2017, o mapeamento de processos do Protocolo 13 foi validado por 2 integrantes da Comissão Central de Protocolos Clínicos em painéis de especialistas. As entrevistas, grupos focais e painéis de especialistas relacionados ao mapeamento de processos do Protocolo aconteceram na Administração Central da FHEMIG.

Na última semana de março de 2017, o mapeamento de processos e o dicionário de atividades do custeio ABC foram validados, em painéis de especialistas, por profissionais da UTI-Adulto e da UCP do HJXXIII: 4 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 7 médicos (sendo 2 anestesistas, 1 cirurgião geral, 1 cirurgião plástico, 3 intensivistas), 2 técnicos de farmácia, 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 2 assistentes sociais e 2 psicólogos, em painéis de especialistas. As observações, entrevistas, grupos focais e painéis de especialistas relacionados ao Custeio ABC aconteceram na UTI-Adulto, UCP e Bloco Cirúrgico do HJXXIII.

Na quinta fase, por meio de alocação direta, foi realizado o custeio dos processos do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII. O custo médio do minuto trabalhado no mês de fevereiro de 2017 foi coletado no

módulo Custos do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) da FHEMIG. O custo médio dos materiais médico-hospitalares e medicamentos no ano de 2016 foi coletado no Armazém de Informações da Administração Pública do Estado de Minas Gerais (Armazém do SIAD).

Os custos indiretos não foram incluídos no custeio devido à dificuldade em coletar dados para definir os direcionadores. No HJXXIII, o paciente não fica internado por causa de UP. O Tratamento da Úlcera por Pressão acontece em paciente que possui ou desenvolveu UP, mas está internado por outro(s) motivo(s). Assim, os direcionadores precisam ser definidos considerando informações sobre o(s) motivo(s) da internação do paciente.

Na sexta fase foram analisados os dados, comparando-se o mapeamento de processos do Protocolo Clínico e o Custeio Baseado em Atividades. Na sétima fase foram descritos os resultados e a conclusão. Na oitava fase, a dissertação foi revisada.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 O protocolo clínico

Esta seção apresenta o mapeamento dos processos do Protocolo 13 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão, realizado na quarta fase desta pesquisa.

A versão utilizada como referência (publicada na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG) está no ANEXO A - Lista de materiais especiais do HJXXIII

Os materiais que necessitam de autorização para dispensação estão listados no quadro abaixo. A autorização é emitida pela da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões, do HJXXIII (em dias úteis de 07:00 as 16:00).

Nome conhecido	Nome no SIGH	Apresentação
Petrolatum	Curativo – Apresentação: não aderente, estéril; tamanho: aproximadamente 10x10	1 unidade
Petrolatum	Curativo – Apresentação: não aderente, estéril; tamanho: aproximadamente 10x10	1 unidade
Aquacel	Curativo – Apresentação: placa, estéril, não tecido, carboximetilcelulose; tamanho: 20cm X 30cm	1 unidade
Aquacel	Curativo – Apresentação: placa, estéril, não tecido, 100% carboximetilcelulose; tamanho: 15cm X 15cm	1 unidade
Acticoat	Curativo – Apresentação: Tipo cobertura de ação antimicrobiana; tamanho 10X10 cm	1 unidade
Askina/Allevyn	Curativo adesivo de hidropolimero – medidas: aproximadamente 10 X 10cm; finalidade: -	1 unidade
Askina/Allevyn	Curativo adesivo de hidropolimero – medidas: aproximadamente 15 X 20cm; finalidade: -	1 unidade
Alginato de cálcio	Curativo alginato de cálcio e ou sódio. Medidas: 10 X 10 cm	1 unidade
Alginato de cálcio	Curativo alginato de cálcio e ou sódio. Medidas: com 35 cm de comprimento aproximadamente	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 10X10 cm	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 15X15 cm	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 20X20 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 10,2 X 11,25 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 10,2 X 22,2 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 5,1 X 5,1 cm	1 unidade
Hidrogel com alginato	Gel p/curativo com alginate de sódio e/ou cálcio – identificação: amorfo, transparente, viscoso e estéril; composição: propilenoglicol com alginato de sódio e/ou cálcio	Tubo 25 gramas

Fonte: FHEMIG (2014-2017).





ANEXO B - Protocolo Clínico 013 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão.

O mapeamento reflete o conteúdo exato do Protocolo 13, na forma de processos. Participantes da pesquisa não entrevistaram nas informações do Protocolo. Trechos do protocolo relacionados a um processo/atividade foram concentrados em nota explicativa, que foi vinculada ao processo/atividade.

Macroprocesso, processos e subprocessos constituem o mapeamento do Protocolo 13. Primeiro será apresentado o macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão e, em seguida, cada processo que compõe esse macroprocesso. Se o processo possui subprocesso, este será apresentado.

#### ***4.1.1 Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão***

O Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão é apresentado no

Quadro 7.

**Quadro 7 - Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão**

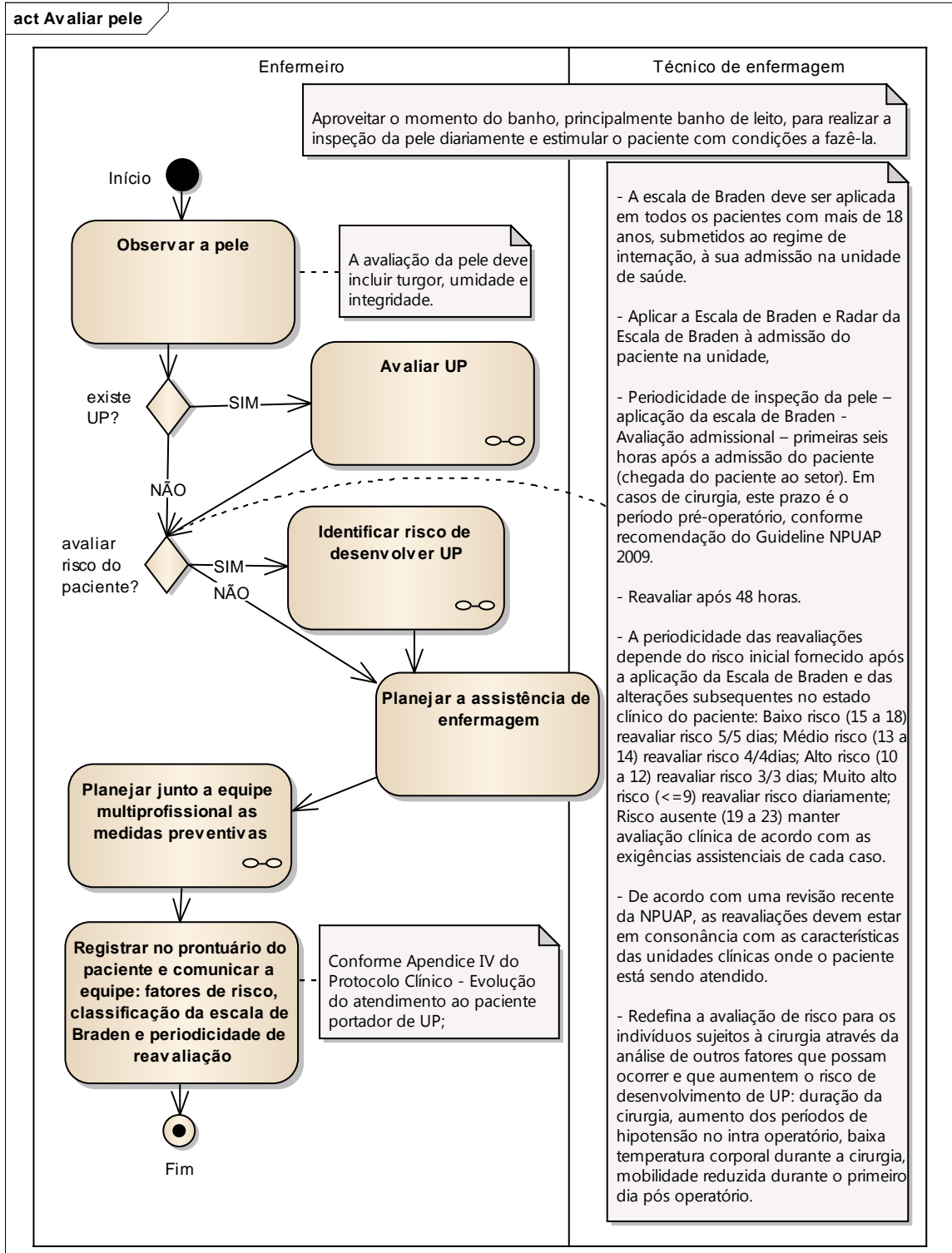
Processo	Subprocesso	Subprocesso	Subprocesso
Avaliar pele	Avaliar UP	Mensurar UP	Mensurar área lesada
			Mensurar descolamento da ferida
			Mensurar profundidade da lesão
		Prescrever o tratamento	
	Identificar risco de desenvolver UP	Realizar triagem nutricional	
	Planejar as medidas preventivas	Realizar avaliação nutricional	
		Adotar medidas específicas de acordo com o risco atribuído ao paciente	
Realizar medidas preventivas com a pele			
Capacitar equipe multiprofissional			
Realizar avaliação médica			
Monitorar farmacoterapia			
Contribuir na reabilitação/deambulação			
Realizar atendimento social			
Realizar atendimento psicológico			
Participar de capacitação			

**Fonte: Dados da pesquisa.**

4.1.2 Processo Avaliar Pele

O processo Avaliar pele é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Processo Avaliar pele

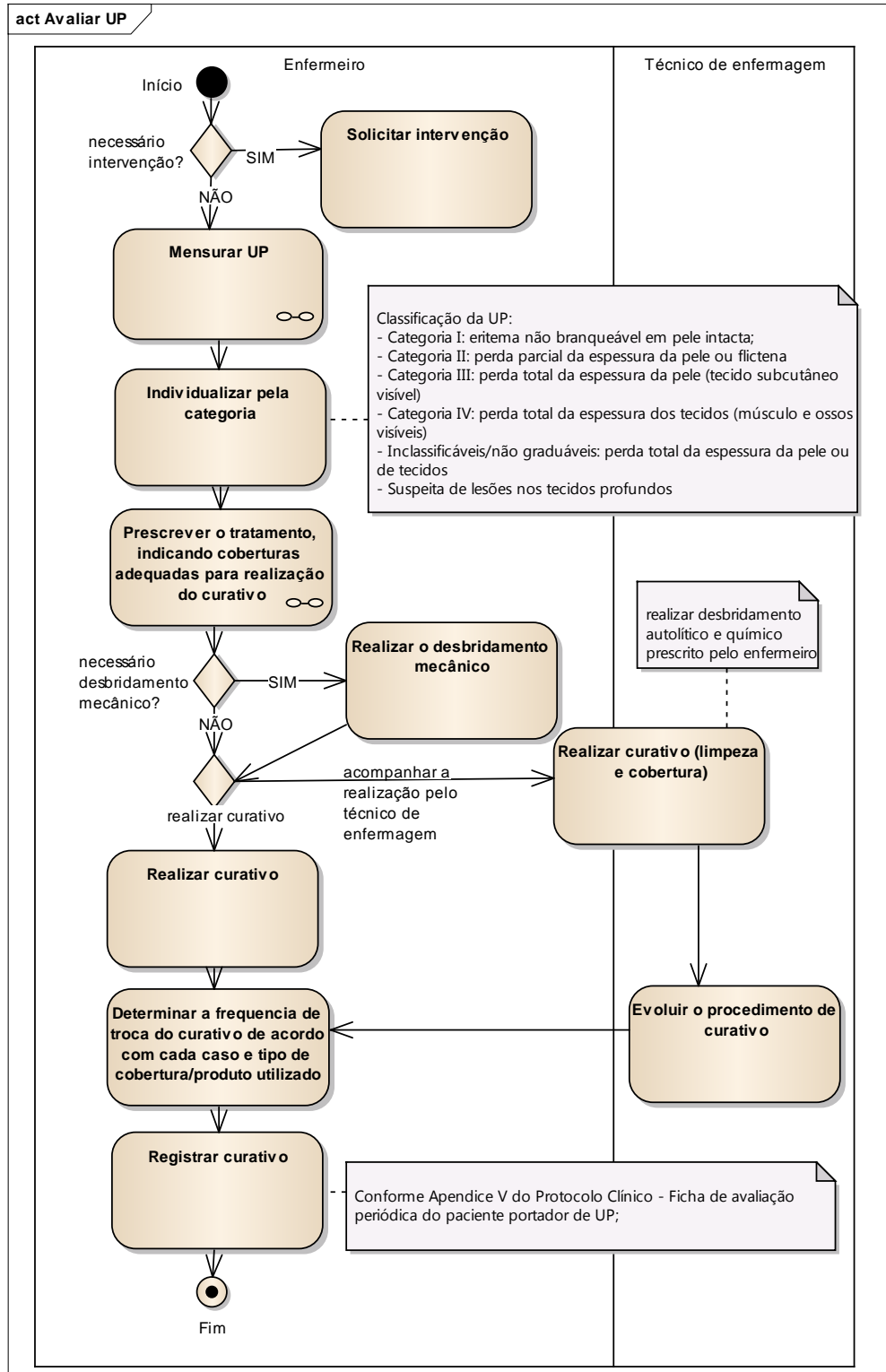


Fonte: Dados da pesquisa.

4.1.3 Subprocesso Avaliar UP

O subprocesso Avaliar UP é apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Subprocesso Avaliar UP

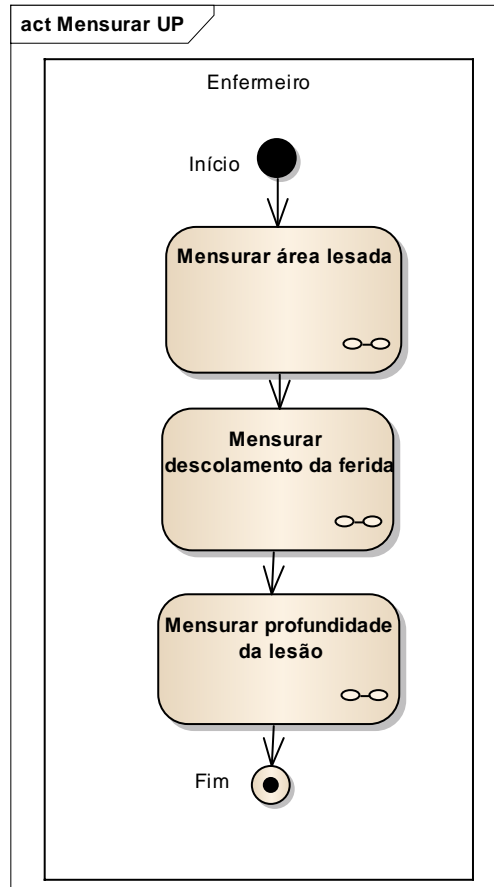


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.4 Subprocesso Mensurar UP

O subprocesso Mensurar UP é apresentado na Figura 3.

**Figura 3 - Subprocesso Mensurar UP**

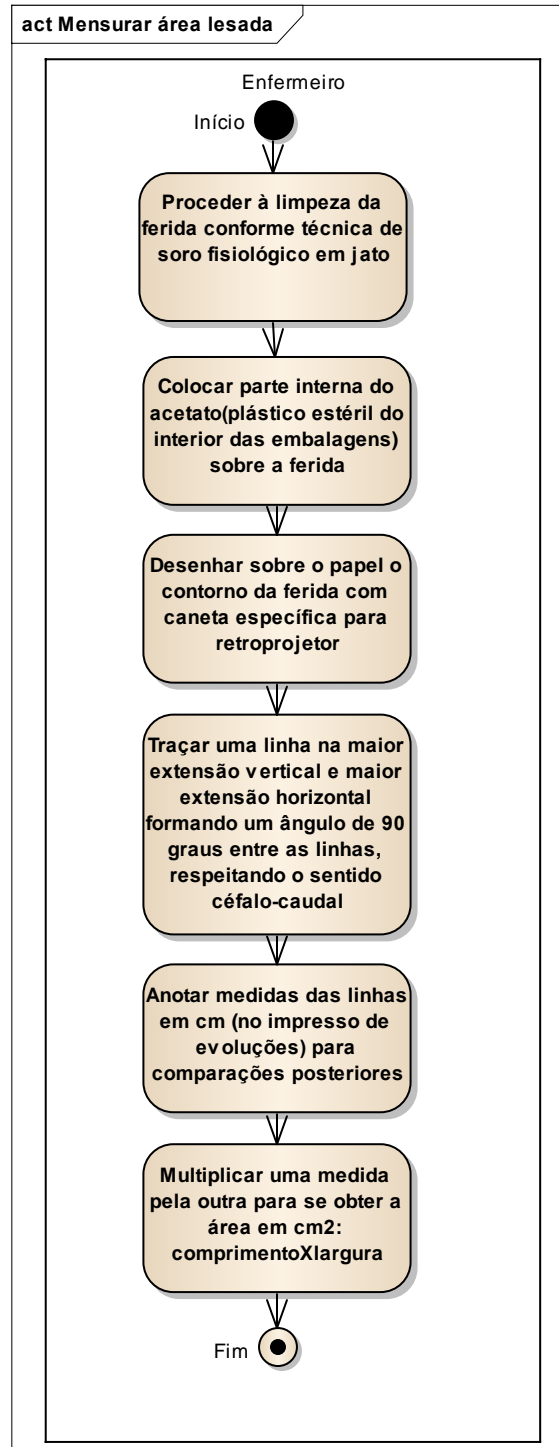


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.5 Subprocesso Mensurar área lesada

O subprocesso Mensurar área lesada é apresentado na Figura 4.

**Figura 4 - Subprocesso Mensurar área**

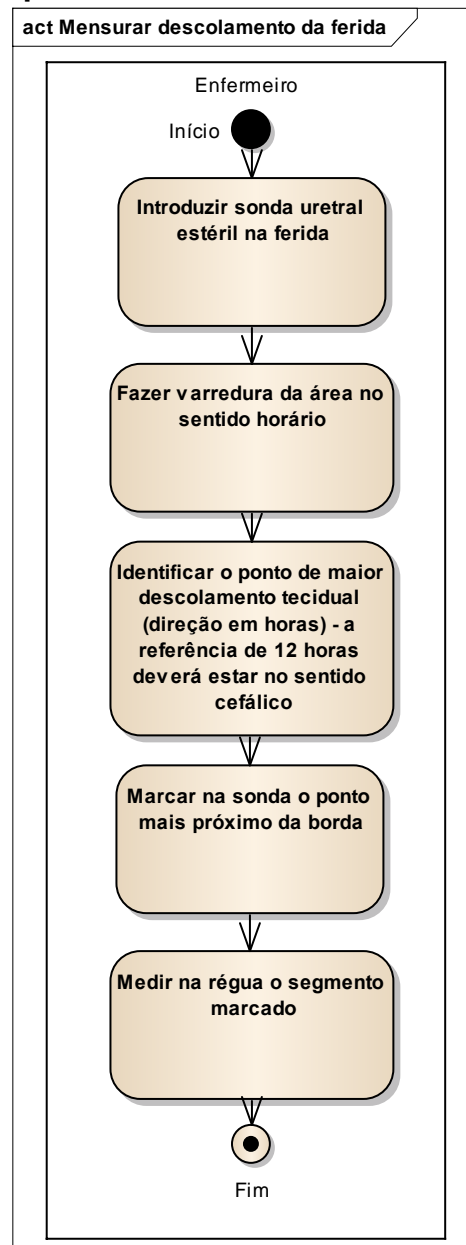


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.6 Subprocesso Mensurar descolamento da ferida

O subprocesso Mensurar descolamento da ferida é apresentado na Figura 5.

**Figura 5 - Subprocesso Mensurar descolamento da ferida**



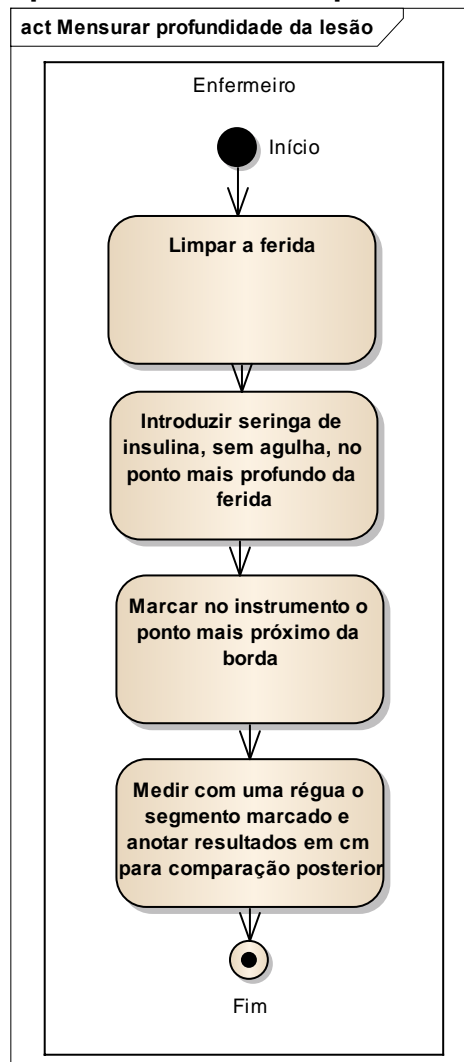
Fonte: Dados da pesquisa.



#### 4.1.7 Subprocesso Mensurar profundidade da lesão

O subprocesso Mensurar profundidade da lesão é apresentado na Figura 6.

**Figura 6 - Subprocesso Mensurar profundidade da lesão**

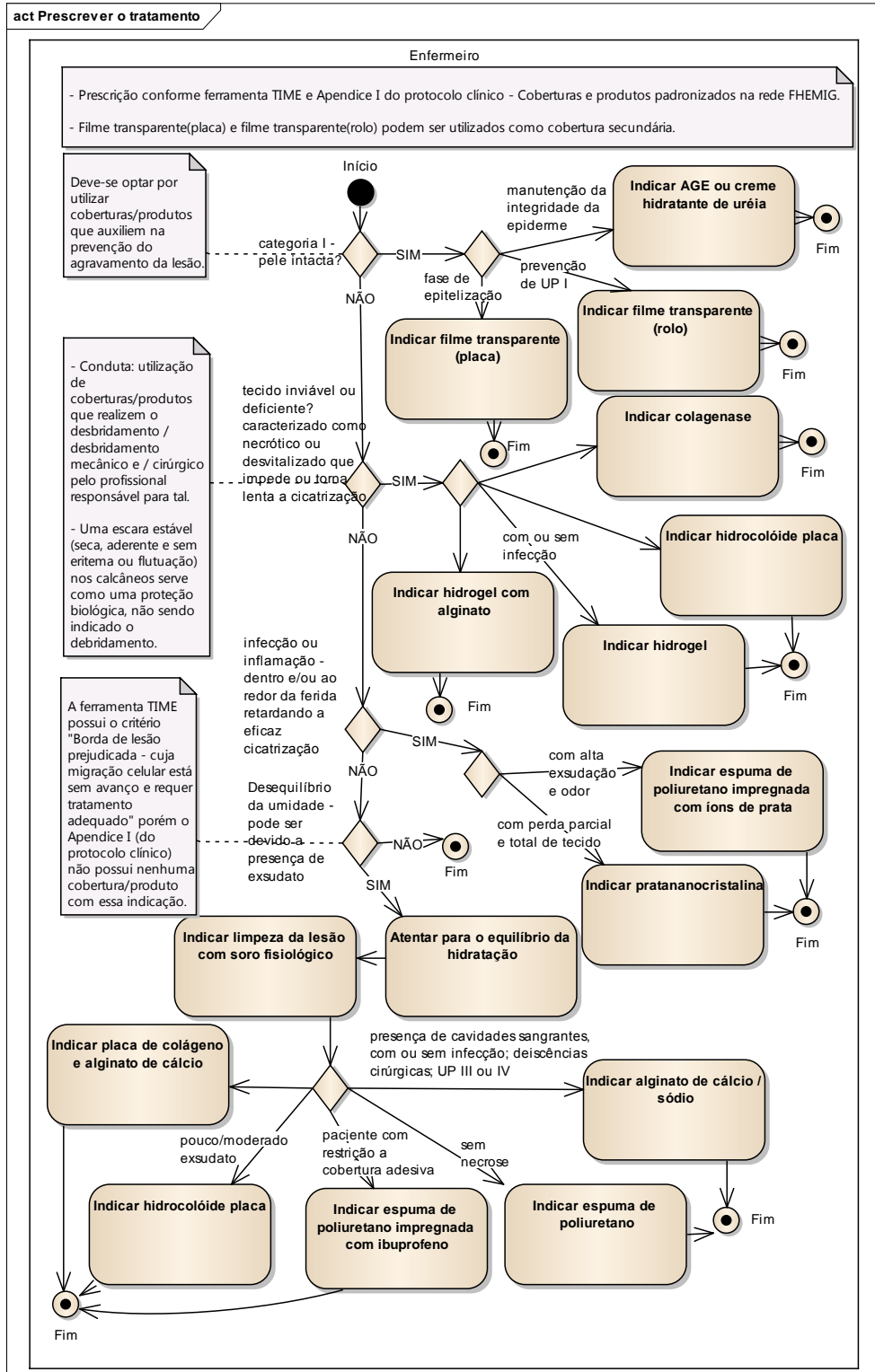


Fonte: Dados da pesquisa.

4.1.8 Subprocesso Prescrever o tratamento

O subprocesso Prescrever o tratamento é apresentado na Figura 7.

Figura 7 - Subprocesso Prescrever o tratamento

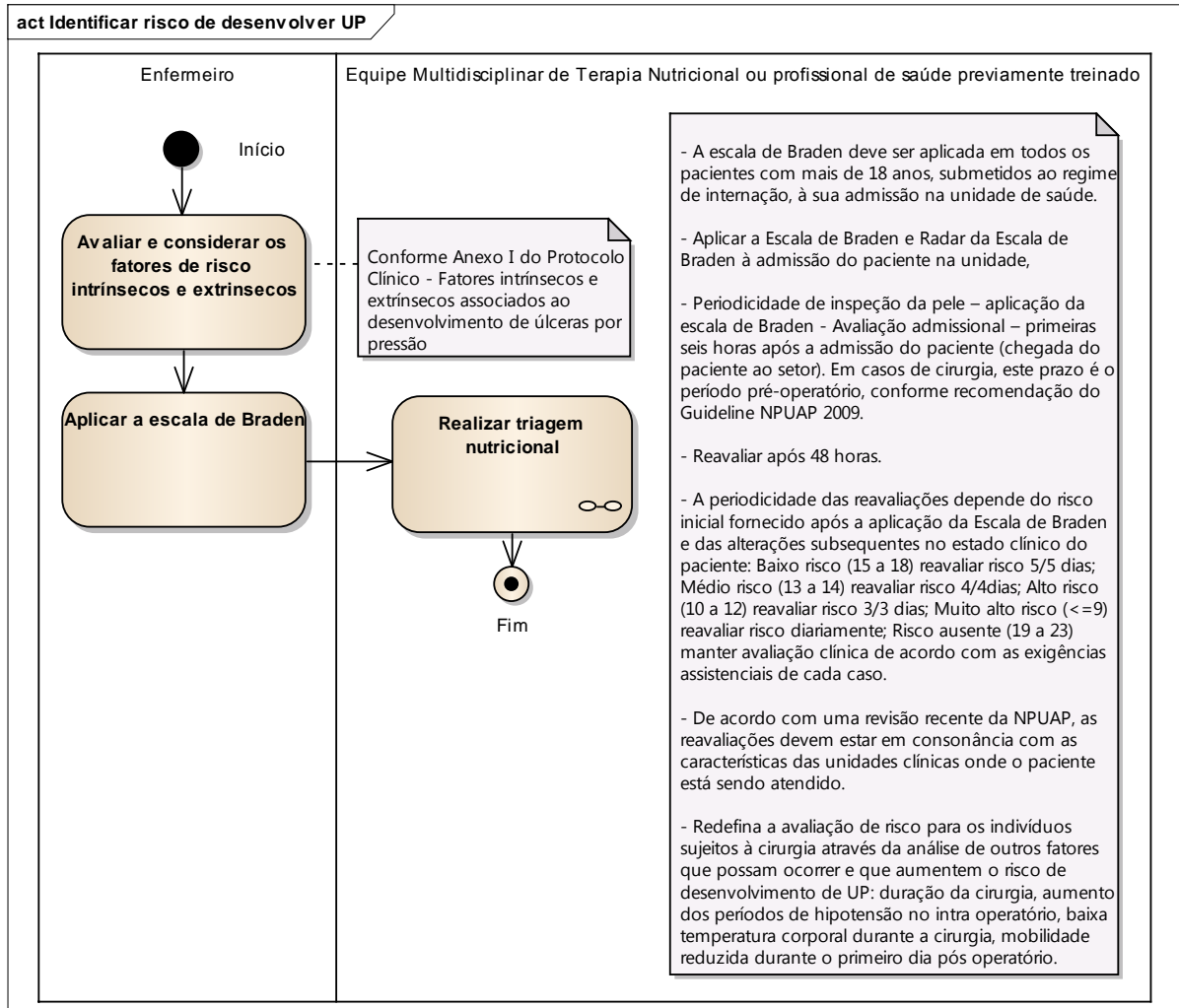


Fonte: Dados da pesquisa.

**4.1.9 Subprocesso Identificar risco de desenvolver UP**

O subprocesso Identificar risco de desenvolver UP é apresentado na Figura 8.

**Figura 8 - Subprocesso Identificar risco de desenvolver UP**

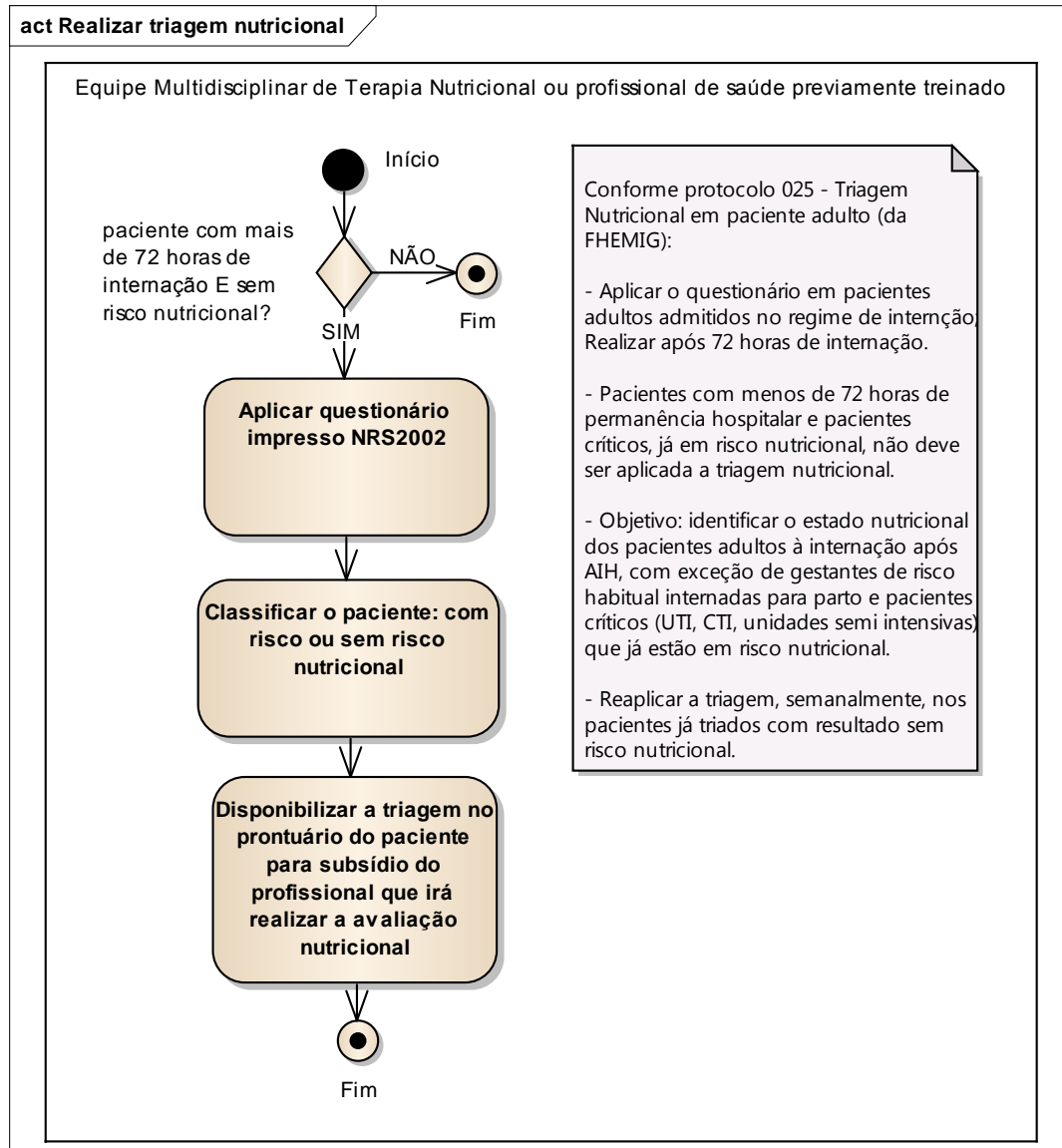


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.10 Subprocesso Realizar triagem nutricional

O subprocesso Realizar triagem nutricional é apresentado na Figura 9.

**Figura 9 - Subprocesso Realizar triagem nutricional**

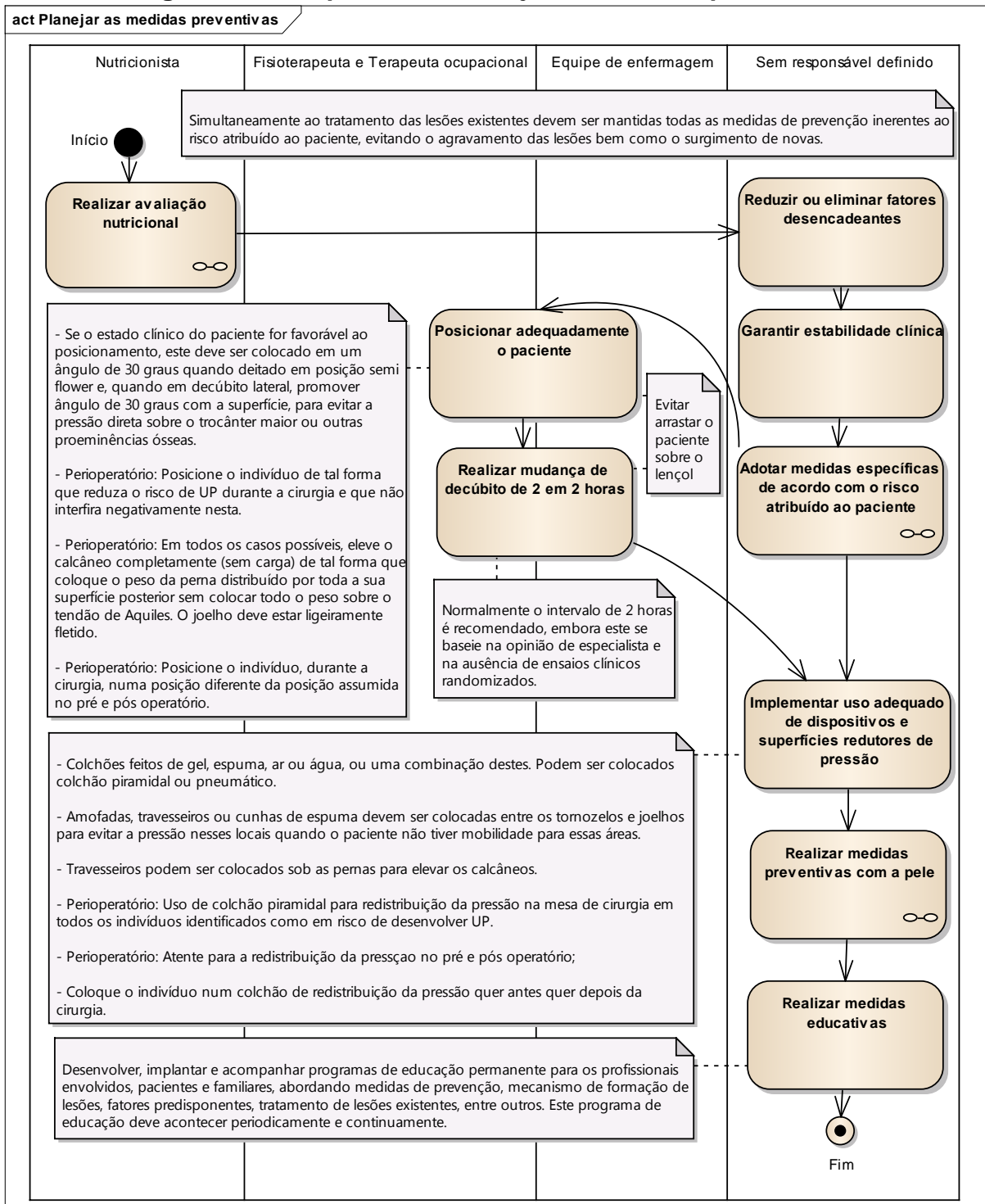


Fonte: Dados da pesquisa.

### 4.1.11 Subprocesso Planejar as medidas preventivas

O subprocesso Planejar as medidas preventivas é apresentado na Figura 10.

**Figura 10 - Subprocesso Planejar as medidas preventivas**

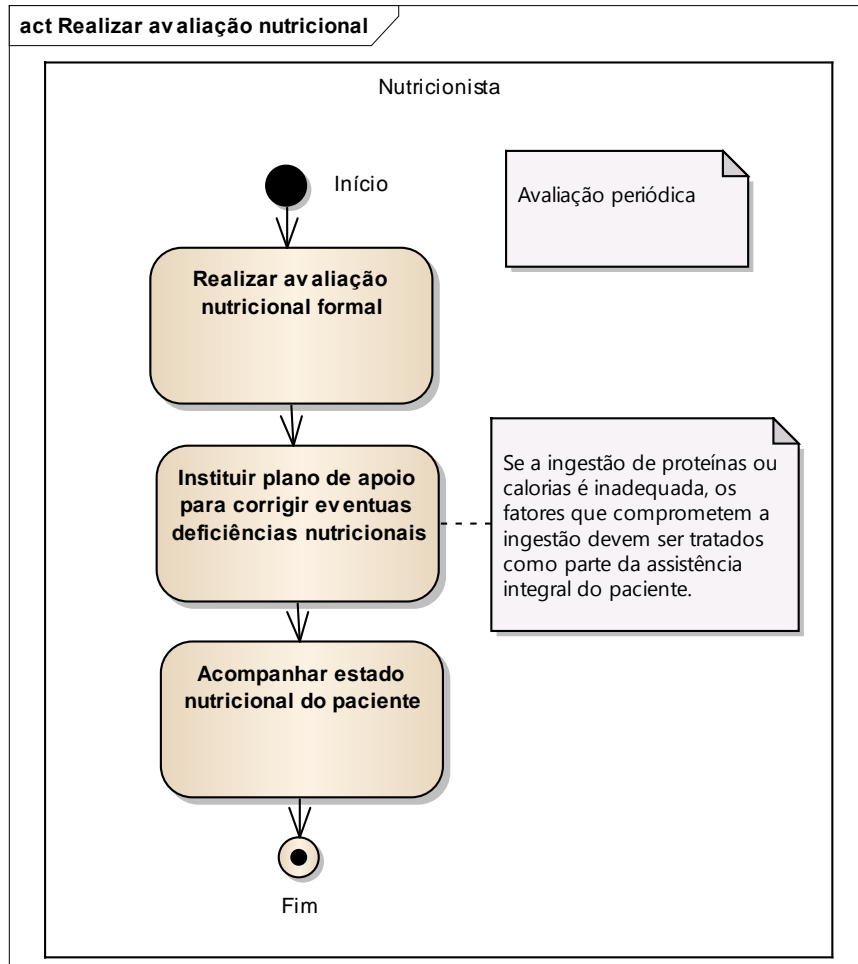


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.12 Subprocesso Realizar avaliação nutricional

O subprocesso Realizar avaliação nutricional é apresentado na Figura 11.

**Figura 11 - Subprocesso Realizar avaliação nutricional**

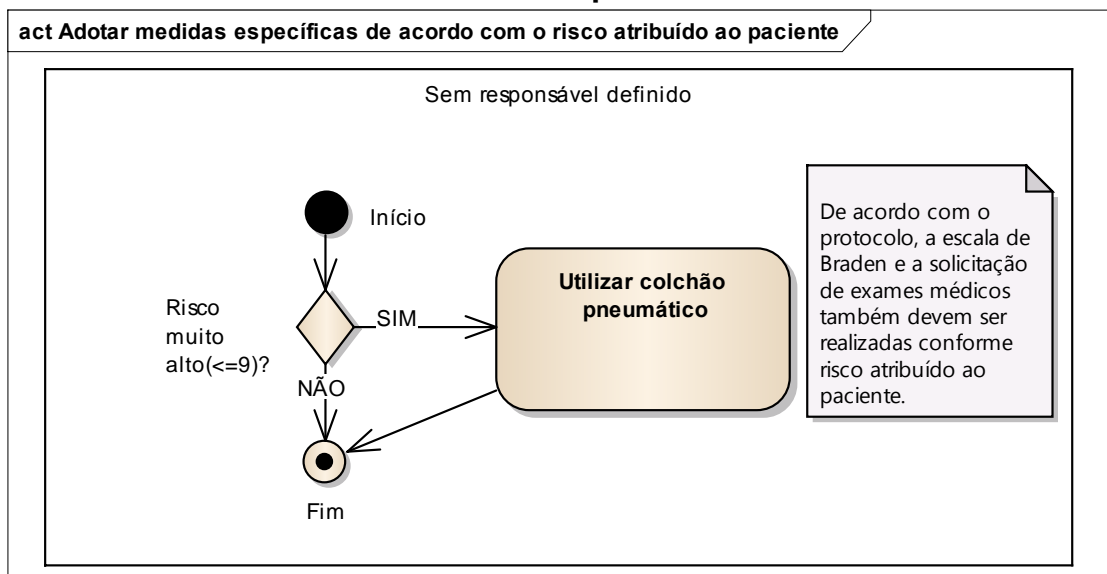


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.13 Subprocesso Adotar medidas específicas de acordo com o risco atribuído ao paciente

O subprocesso Adotar medidas específicas de acordo com o risco atribuído ao paciente é apresentado na Figura 12.

**Figura 12 - Subprocesso Adotar medidas específicas de acordo com o risco atribuído ao paciente**

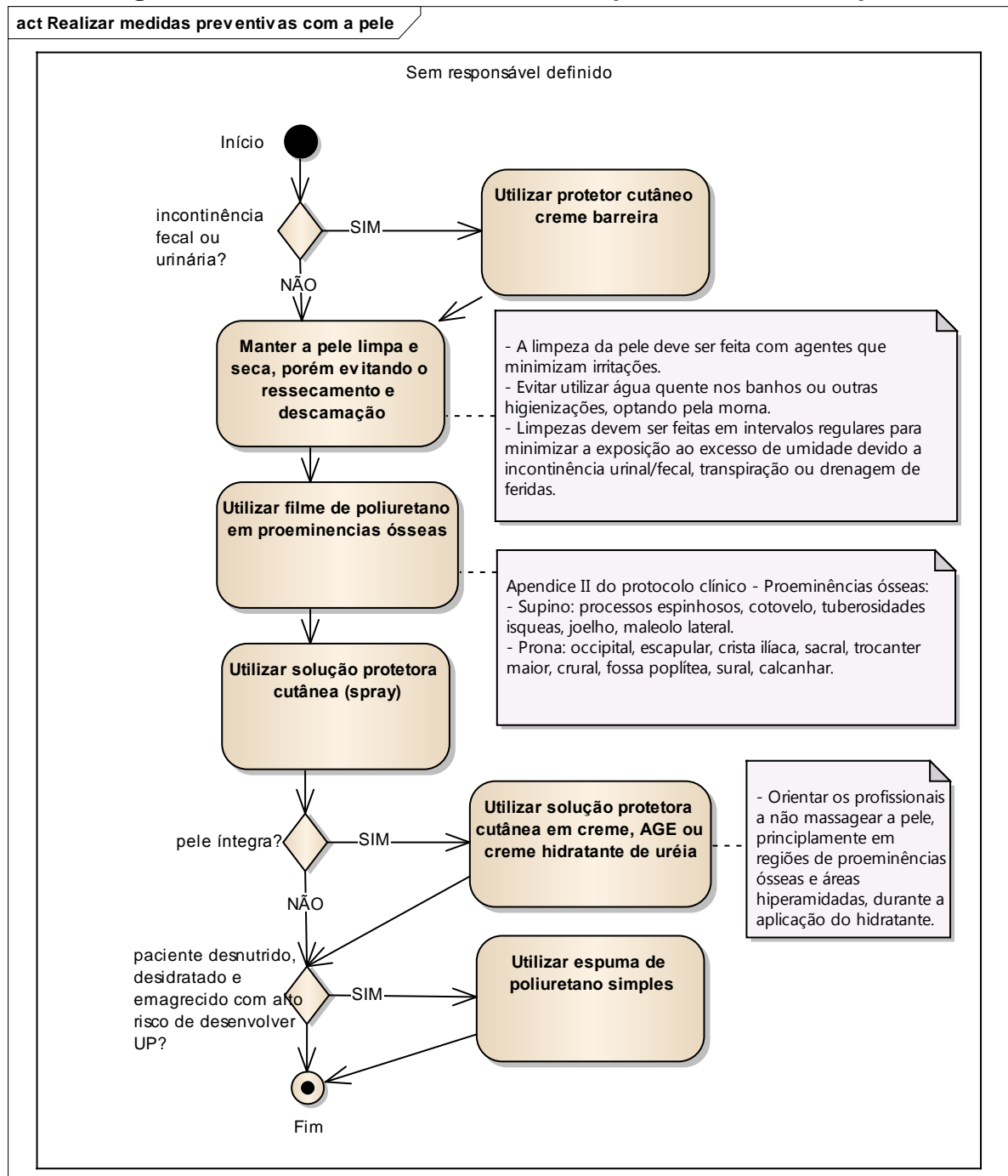


Fonte: Dados da pesquisa.

**4.1.14 Subprocesso Realizar medidas preventivas com a pele**

O processo Realizar medidas preventivas com a pele é apresentado na Figura 13.

**Figura 13 - Processo Realizar medidas preventivas com a pele**



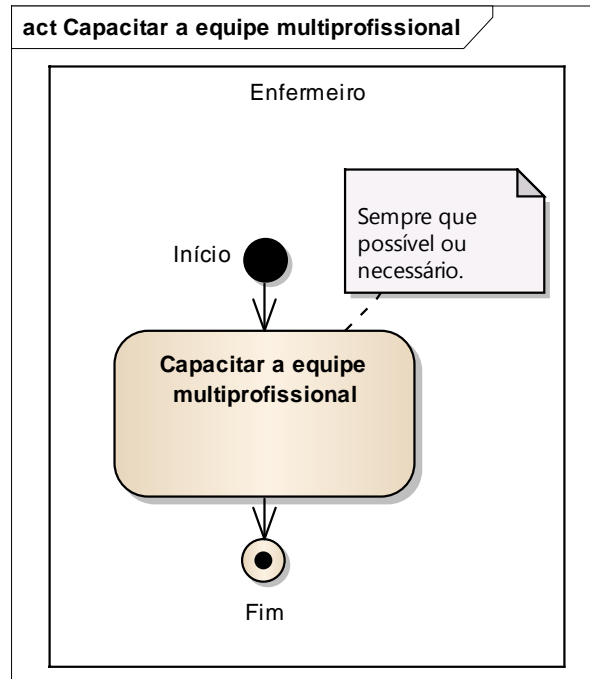
Fonte: Dados da pesquisa.



#### 4.1.15 Processo Capacitar equipe multiprofissional

O processo Capacitar equipe multiprofissional é apresentado na Figura 14.

**Figura 14 - Processo Capacitar equipe multiprofissional**

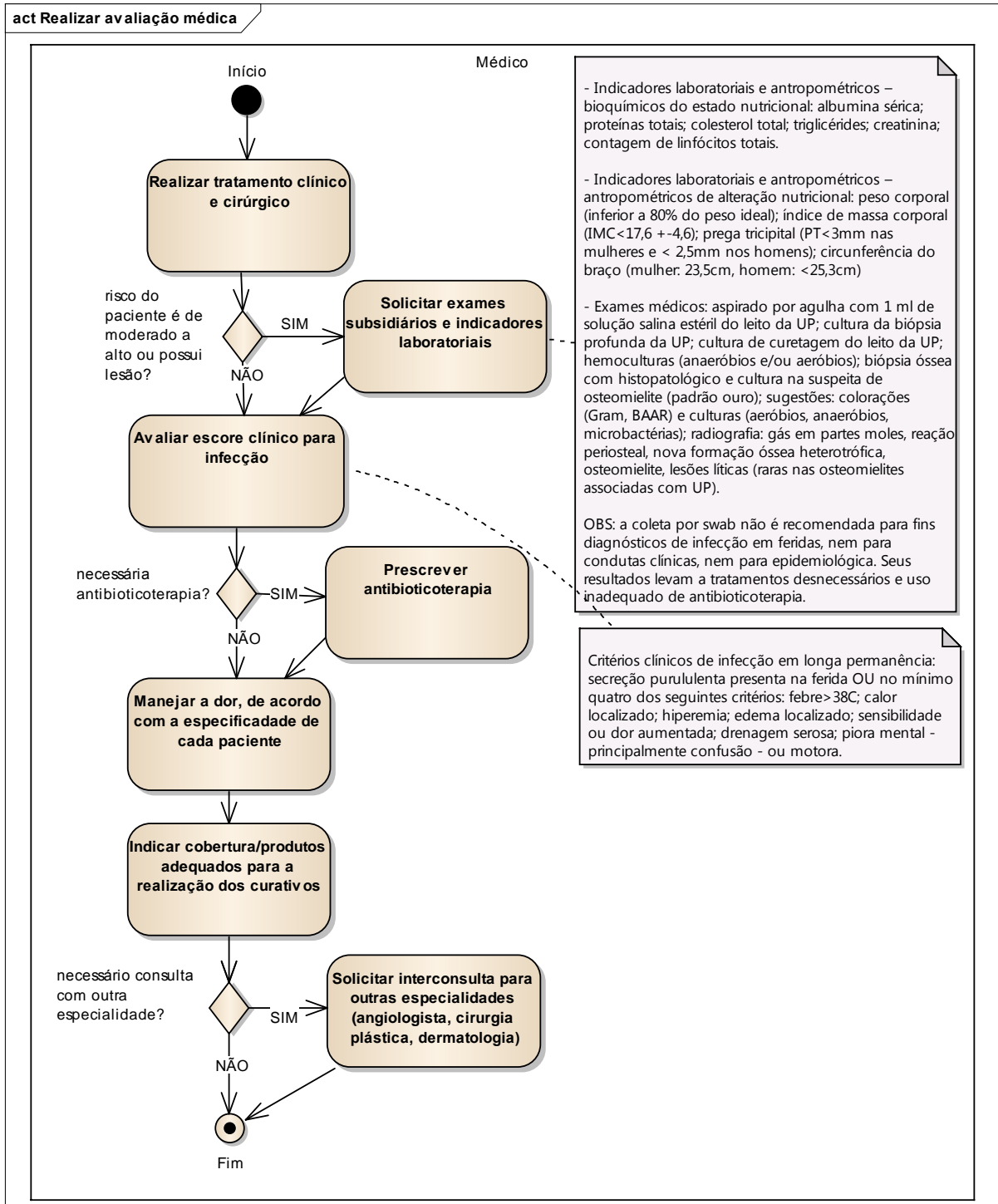


**Fonte: Dados da pesquisa.**

### 4.1.16 Processo Realizar avaliação médica

O processo Realizar avaliação médica é apresentado na Figura 15.

**Figura 15 - Processo Realizar avaliação médica**

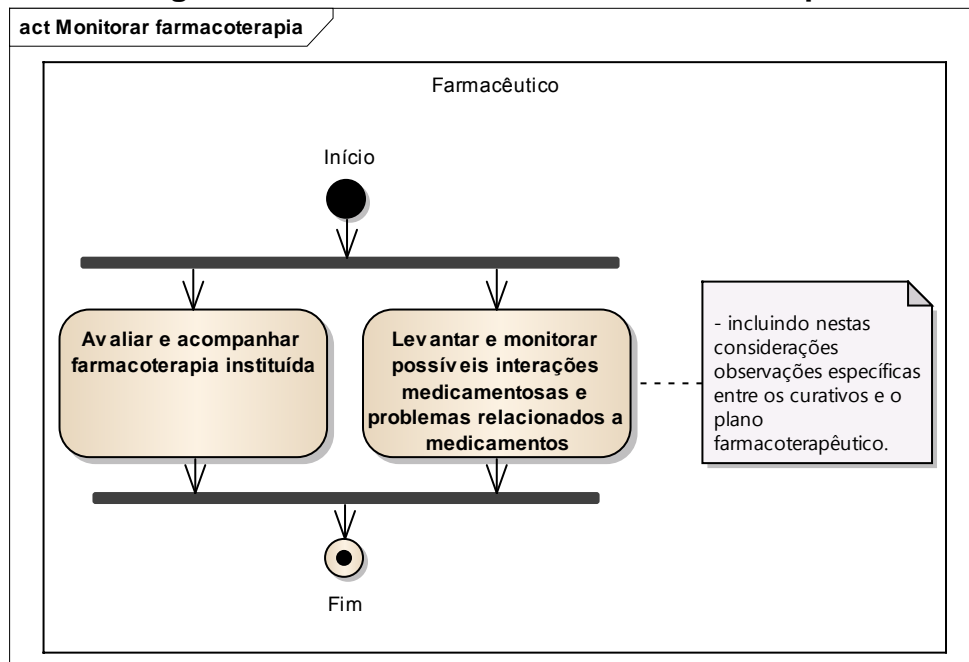


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.17 Processo Monitorar farmacoterapia

O processo Monitorar farmacoterapia é apresentado na Figura 16.

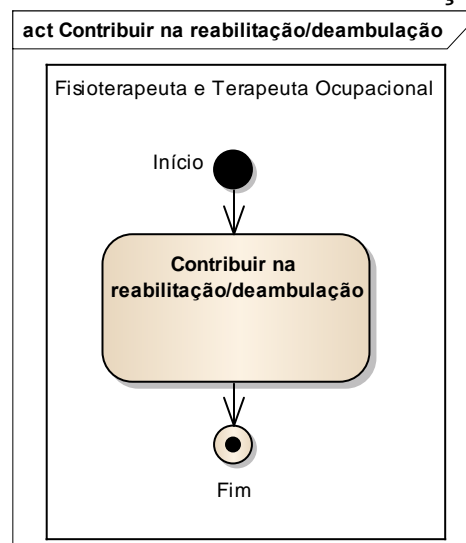
**Figura 16 - Processo Monitorar farmacoterapia**



#### 4.1.18 Processo Contribuir na reabilitação/deambulação

O processo Contribuir na reabilitação/deambulação é apresentado na Figura 17.

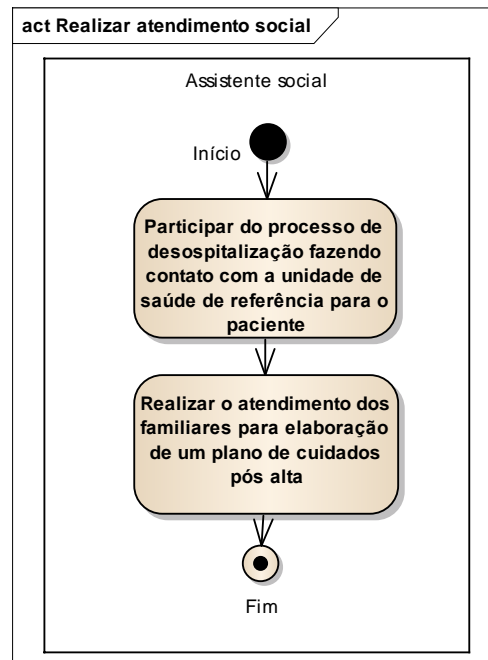
**Figura 17 - Processo Contribuir na reabilitação/deambulação**



#### 4.1.19 Processo Realizar atendimento social

O processo Realizar atendimento social é apresentado na Figura 18.

**Figura 18 - Processo Realizar atendimento social**

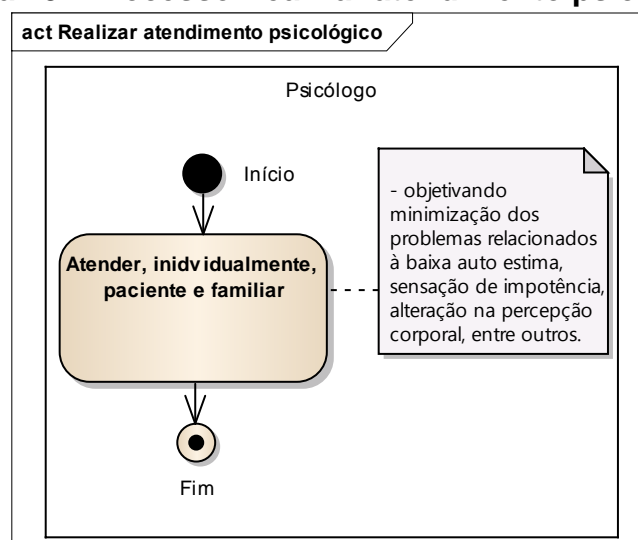


Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.20 Processo Realizar atendimento psicológico

O processo Realizar atendimento psicológico é apresentado na Figura 19.

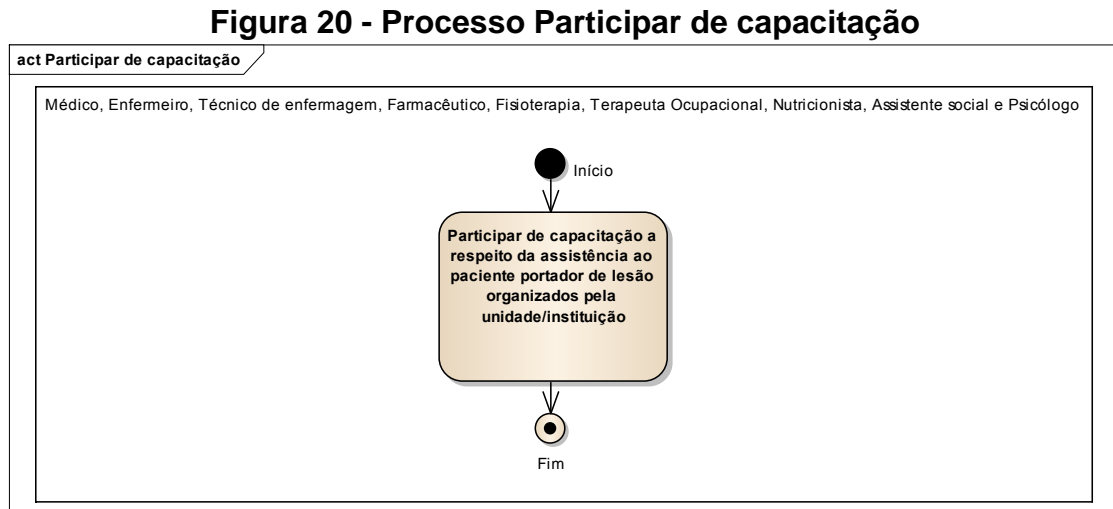
**Figura 19 - Processo Realizar atendimento psicológico**



Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.1.21 Processo Participar de capacitação

O processo Participar de capacitação é apresentado na Figura 20.



Fonte: Dados da pesquisa.

## 4.2 O custeio baseado em atividades

Esta seção apresenta o Custeio Baseado em Atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII, realizado na quarta fase desta pesquisa.

Mapeamento e custo do macroprocesso, processos e subprocessos formam o Custeio Baseado em Atividades. Primeiro será apresentado o macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão e, em seguida, cada processo que compõe esse macroprocesso. Se o processo possui subprocesso, este será apresentado. A composição do custo de cada atividade está no APÊNDICE C – Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão.

### 4.2.1 Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão

O macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão é apresentado no Quadro 8.

O custo do macroprocesso é apresentado na Tabela 7. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do macroprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada processo que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada processo que compõe esse cenário. O macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão possui cenários intermediários.

Na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII, o macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão acontece a cada 24 horas, para todo paciente (mesmo se não possui UP). O cenário mínimo custa R\$ 41,17 na UTI-Adulto e R\$ 23,43 na UCP. Ele contempla observar pele, aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos, registrar evolução com escala de Braden, prescrever/realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva e realizar posicionamento funcional. O cenário mínimo acontece sempre que não é necessário realizar curativo (quando todos os curativos, inclusive os de prevenção, estão no período de validade e não estão danificados, por exemplo).

O cenário máximo custa R\$ 3.065,81 na UTI-Adulto e R\$ 3.104,33 na UCP. Ele contempla observar pele, retirar curativos, avaliar uma UP (lavar, desbridar no leito, mensurar e classificar), solicitar material especial para curativo, realizar curativo em uma UP, aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos, registrar evolução com escala de Braden, prescrever/realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva, realizar posicionamento funcional, realizar avaliação do cirurgião plástico e realizar cirurgia de fechamento da lesão no bloco cirúrgico. O cenário máximo acontece quando se realizou a troca de um curativo em UP utilizando fibracol + acticoat + gaze aberta + filme de poliuretano (na UTI- Adulto em UP grau II, III ou IV – sem necrose, com pouco esfacelo, iniciando granulação, com infecção e exsudato) ou fibracol + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano (na UCP em UP grau III ou IV com pouca necrose e/ou pouca infecção). Esses foram os curativos com maior custo máximo, em cada setor.

O custo do cenário máximo pode aumentar caso: (1) aumente o custo do cenário máximo do processo Avaliar pele; (2) se realize mais de uma avaliação de pele nas 24 horas (quando o curativo molha ou suja, por exemplo); (3) se realize mais de uma prescrição/mudança de decúbito nas 24 horas; (4) se realize mais de um atendimento fisioterápico nas 24 horas.

A

Tabela 8 apresenta o custo de um cenário intermediário. O macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão realizado em paciente que não possui UP e em dia de troca de curativo de prevenção possui custo mínimo de R\$ 58,93 na UTI-Adulto e R\$38,55 na UCP e custo máximo de R\$402,74 na UTI-Adulto e R\$624,82 na UCP. Na UTI-Adulto esse cenário acontece a cada 5 dias, e na UCP a cada 7 dias. Ele contempla observar a pele, retirar curativos vencidos, solicitar material especial para curativo, realizar um curativo em área que necessita de prevenção (mínimo utilizando filme e máximo utilizando cavilon), aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos, registrar evolução com escala de Braden, prescrever/realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva e realizar posicionamento funcional. Esses são exemplos de cenários intermediários.

**Quadro 8 - Macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão**

Processo	Subprocesso	Subprocesso	
Avaliar pele	Avaliar UP		
	Solicitar material especial para curativo		
	Realizar curativo UTI-Adulto	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial – UTI-Adulto	
		Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial – UTI-Adulto	
		Realizar curativo em UP não estadiável – UTI-Adulto	
		Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção – UTI-Adulto	
	Realizar curativo UCP	Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial – UCP	
		Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial – UCP	
		Realizar curativo em UP não estadiável – UCP	
		Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção – UCP	
Realizar outras estratégias de prevenção			
Avaliar UP – médico cirurgião plástico			
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico			

(continua)





(conclusão)

Processo	Subprocesso	Subprocesso
Realizar triagem nutricional <sup>10</sup>		
Realizar avaliação nutricional <sup>11</sup>		
Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva		
Realizar prescrição médica		
Realizar atendimento fisioterápico		

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 7 - Custo do macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão**

Processo	UTI - Adulto <sup>12</sup>		UCP <sup>12</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Avaliar Pele <sup>13</sup>	39,01	1.566,3	20,07	1.509,44	X	X
Avaliar UP – Médico cirurgião plástico	1,90	20,36	3,56	27,48		X
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	320,07	1.433,70	308,62	1.539,10		X
Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva <sup>14</sup>	0,21	18,15	0,22	8,30	X	X
Realizar prescrição médica <sup>15</sup>	1,34	2,00	2,43	5,50	X	X
Realizar atendimento fisioterápico <sup>16</sup>	0,61	25,30	0,71	14,50	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>41,17</b>	<b>3.065,81</b>	<b>23,43</b>	<b>3.104,32</b>		

Fonte: Dados da Pesquisa.

<sup>10</sup> O processo Realizar triagem nutricional foi mapeado, mas não foi custeado, porque houve dificuldade na busca de dados para definição dos direcionadores.

<sup>11</sup> O processo Realizar avaliação nutricional foi mapeado, mas não foi custeado, porque houve dificuldade na busca de dados para definição dos direcionadores.

<sup>12</sup> Valores expressos em Reais.

<sup>13</sup> Os valores máximo e mínimo representam uma avaliação de pele.

<sup>14</sup> Os valores mínimo e máximo representam uma mudança de decúbito ou manobra descompressiva.

<sup>15</sup> Os valores mínimo e máximo representam uma prescrição médica.

<sup>16</sup> Os valores mínimo e máximo representam um atendimento fisioterápico.

**Tabela 8 - Custo do macroprocesso Tratar Úlcera por Pressão realizado em paciente que não possui UP e em dia de troca de curativo de prevenção**

Processo	UTI - Adulto <sup>17</sup>		UCP <sup>6</sup>	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Avaliar Pele <sup>18</sup>	56,77	357,29	35,19	596,52
Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva <sup>19</sup>	0,21	18,15	0,22	8,30
Realizar prescrição médica <sup>20</sup>	1,34	2,00	2,43	5,50
Realizar atendimento fisioterápico <sup>21</sup>	0,61	25,30	0,71	14,50
<b>Custo do cenário</b>	<b>58,93</b>	<b>402,74</b>	<b>38,55</b>	<b>624,82</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.2 Processo Avaliar Pele

O processo Avaliar pele é apresentado na Figura 21.

O custo do processo Avaliar pele é apresentado na

<sup>17</sup> Valores expressos em Reais

<sup>18</sup> Os valores máximo e mínimo representam uma avaliação de pele.

<sup>19</sup> Os valores mínimo e máximo representam uma mudança de decúbito ou manobra descompressiva.

<sup>20</sup> Os valores mínimo e máximo representam uma prescrição médica.

<sup>21</sup> Os valores mínimo e máximo representam um atendimento fisioterápico.

Tabela 9. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do processo.

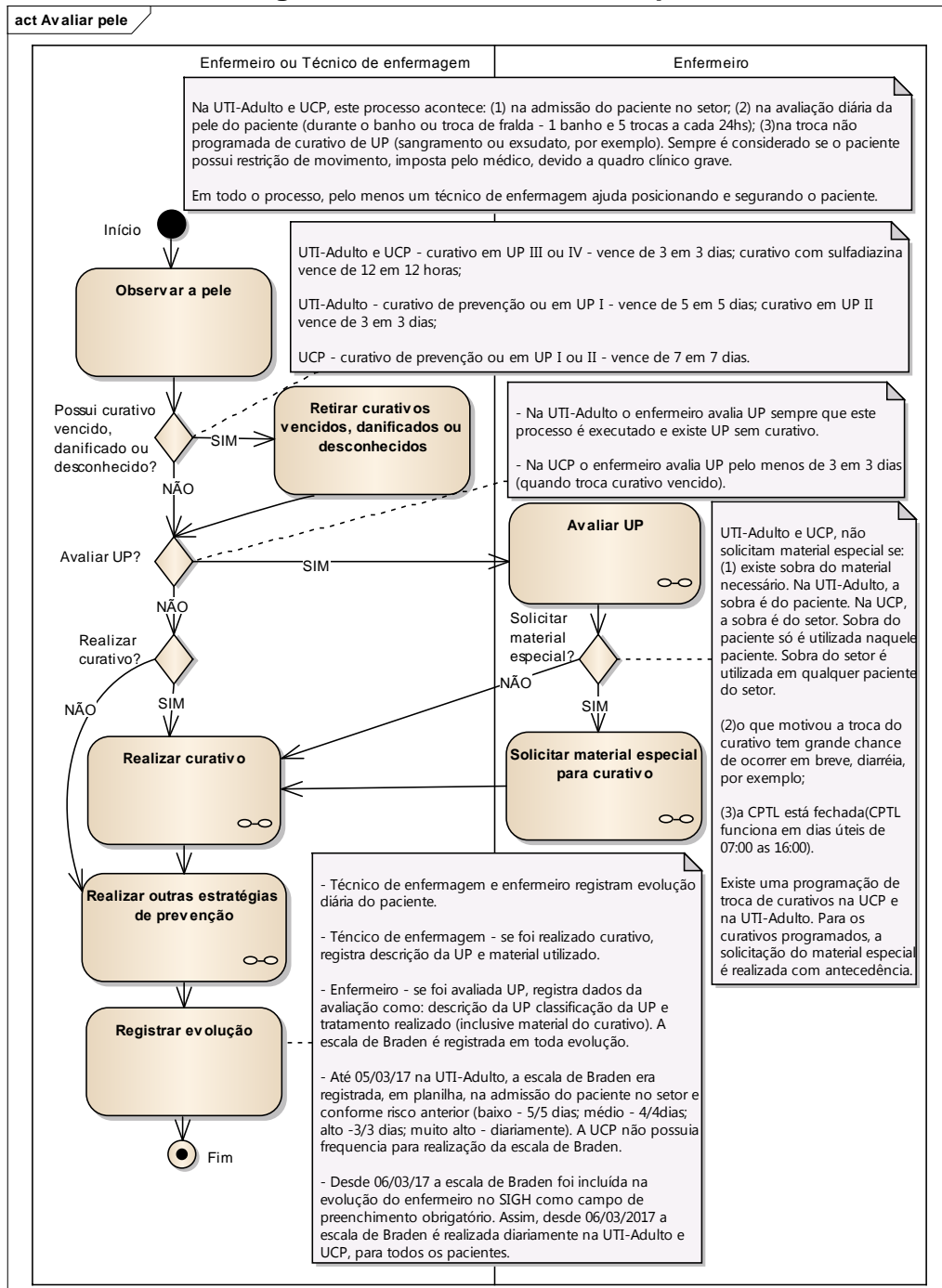
O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada subprocesso/atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada subprocesso/atividade que compõe esse cenário. O processo Avaliar pele possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Avaliar pele custa R\$ 39,01 na UTI-Adulto e R\$20,07 na UCP. Ele contempla observar pele, aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos, registrar evolução com escala de Braden. O cenário mínimo acontece quando não é necessário realizar curativo (todos os curativos, inclusive os de prevenção, estão no período de validade e não estão danificados, por exemplo).

O cenário máximo custa R\$ 1.566,30 na UTI-Adulto e R\$ 1.509,45 na UCP. Ele contempla observar pele, retirar curativos, avaliar uma UP (lavar, desbridar no leito, mensurar e classificar), solicitar material especial para curativo, realizar curativo em uma UP, aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos e registrar evolução com escala de Braden. O cenário máximo acontece quando realiza troca de um curativo em UP grau II, III ou IV (na UTI-Adulto) e grau III ou IV (na UCP).

O custo do cenário máximo pode aumentar caso: (1) se avalie UP além da prevista no cenário (quando o paciente possui mais de uma UP) e/ou (2) se realize curativo além do previsto no cenário (em outra UP ou prevenção).

**Figura 21 - Processo Avaliar pele**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 9 - Custo do processo Avaliar pele**

Descrição	Hierarquia	UTI - Adulto <sup>22</sup>		UCP <sup>22</sup>		Cenário	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Observar a pele	Atividade	0,94	21,60	0,44	24,80	X	X
Retirar curativos vencidos, danificados ou desconhecidos	Atividade	0,94	21,60	0,44	49,60		X
Avaliar UP <sup>23</sup>	Subprocesso	0,94	644,12	1,87	435,53		X
Solicitar material especial para curativo	Subprocesso	13,60	50,49	10,37	136,45		X
Realizar curativo <sup>24</sup>	Subprocesso	4,16	639,27	4,32	608,82		X
Realizar outras estratégias de prevenção	Subprocesso	23,97	146,02	18,53	225,64	X	X
Registrar evolução	Atividade	14,10	43,20	1,10	28,60	X	X
<b>Custo do cenário</b>		<b>39,01</b>	<b>1.566,30</b>	<b>20,07</b>	<b>1.509,44</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.3 Subprocesso Avaliar Up

O subprocesso Avaliar UP é apresentado na Figura 22. Uma UP é avaliada a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Avaliar UP é apresentado na Tabela 10. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Avaliar UP possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do subprocesso Avaliar UP custa R\$ 0,94 na UTI-Adulto e R\$ 1,87 na UCP. Ele contempla apenas classificar uma UP. O cenário mínimo acontece em UP sem necrose, sem infecção e sem pomadas que impedem a classificação.

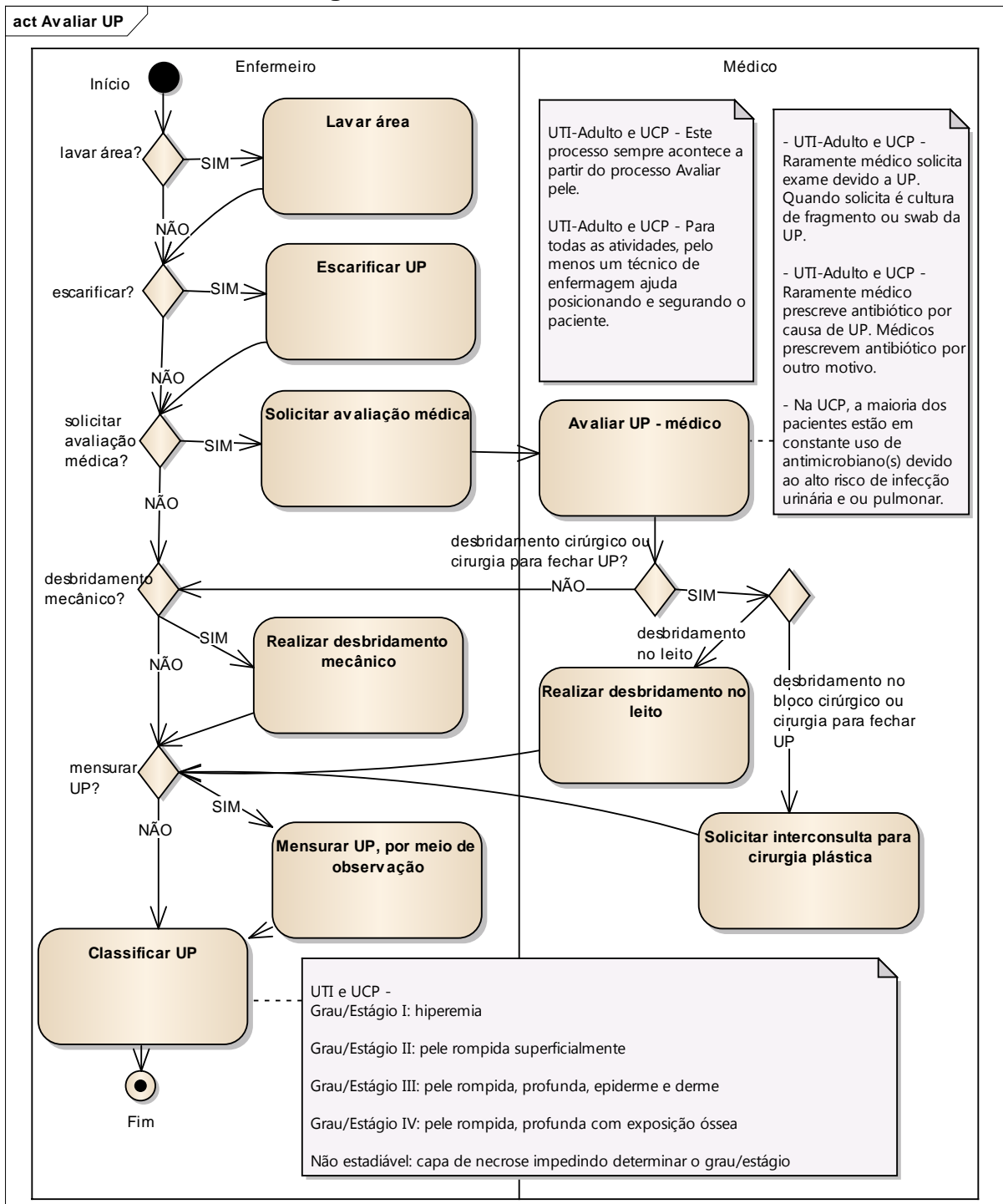
<sup>22</sup> Valores expressos em Reais.

<sup>23</sup> Os valores mínimo e máximo representam avaliação de uma UP.

<sup>24</sup> Os valores mínimo e máximo representam realização de um curativo.

O cenário máximo custa R\$ 644,12 na UTI-Adulto e R\$ 435,54 na UCP. Ele contempla lavar a área, solicitar/realizar avaliação médica, desbridar no leito, mensurar e classificar a UP. O cenário máximo acontece quando a UP está com necrose e necessita de um desbridamento mais profundo, feito no leito.

**Figura 22 - Processo Avaliar UP**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 10 - Custo do processo Avaliar UP**

Atividade	UTI - Adulto <sup>25</sup>		UCP <sup>25</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	10,34	183,63	3,07	79,42		X
Escarificar UP	12,39	67,95	5,76	33,74		
Solicitar avaliação médica	0,73	14,25	1,65	8,25		X
Avaliar UP - médico	2,28	31,60	4,73	41,43		X
Realizar desbridamento no leito	120,57	384,40	51,34	260,98		X
Solicitar interconsulta para cirurgia plástica	2,68	10,00	4,86	27,50		
Realizar desbridamento mecânico	6,63	46,01	9,18	60,64		
Mensurar UP, por meio de observação	0,94	21,60	1,87	24,80		X
Classificar UP	0,94	8,64	1,87	20,65	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>0,94</b>	<b>644,12</b>	<b>1,87</b>	<b>435,53</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### **4.2.4 Subprocesso Solicitar Material Especial para Curativo**

O subprocesso Solicitar material especial para curativo é apresentado na Figura 23. A lista de materiais especiais do HJXXIII pode ser visualizada no ANEXO A - Lista de materiais especiais do HJXXIII.

O custeio do subprocesso Avaliar Solicitar material especial para curativo é apresentado na Tabela 11. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Solicitar material especial para curativo possui cenários intermediários.

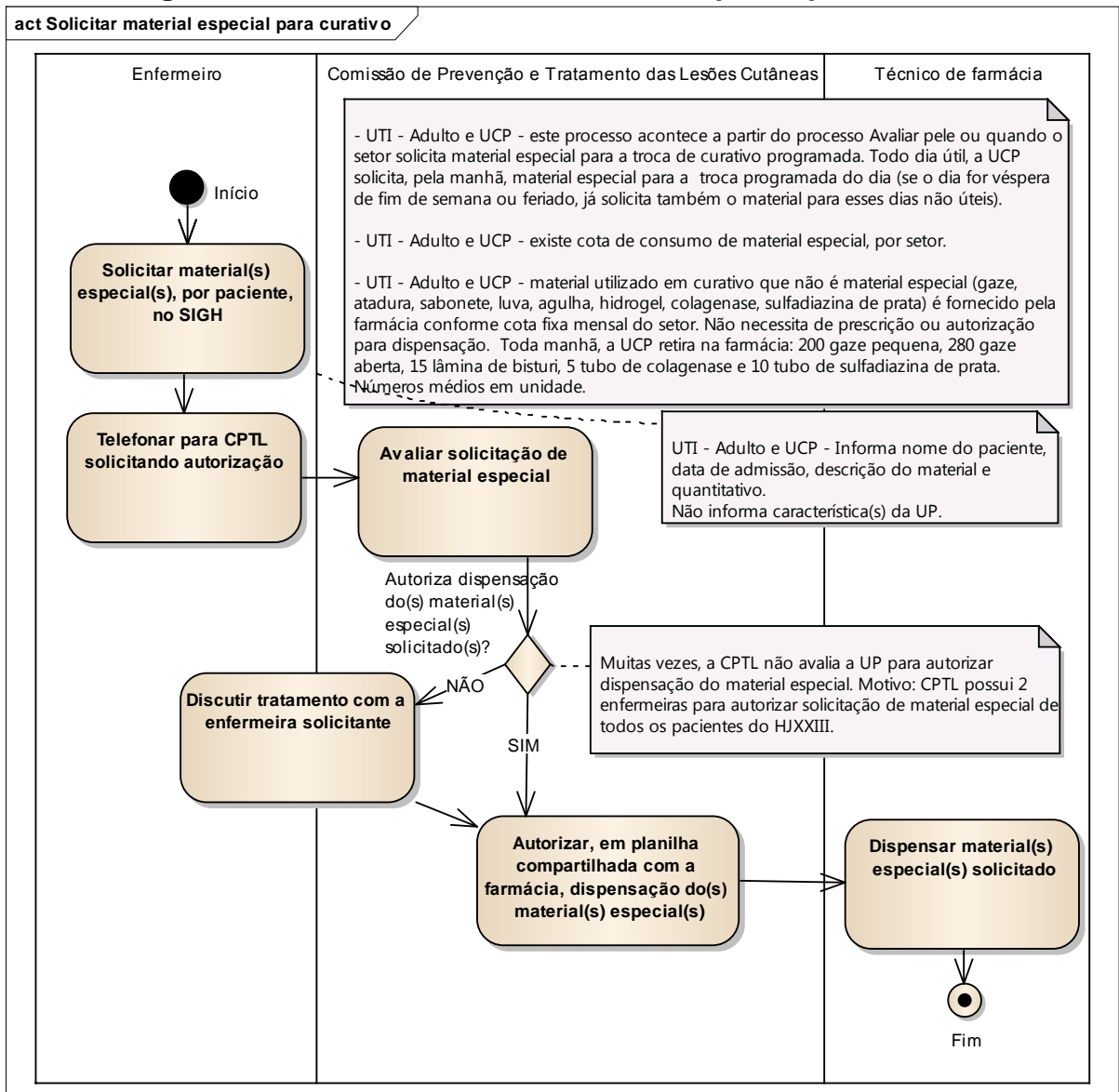
O cenário mínimo do subprocesso Solicitar material especial para curativo custa R\$ 13,60 na UTI-Adulto e R\$ 10,37 na UCP. Ele contempla solicitar material(s) especial(s) no SIGH, telefonar para a CPTL, avaliar a solicitação, informar autorização

<sup>25</sup> Valores expressos em Reais.

e dispensar o material(s). O cenário mínimo acontece quando a CPTL não discute a solicitação.

O cenário máximo custa R\$ 50,49 na UTI-Adulto e R\$ 136,45 na UCP. Ele contempla solicitar material(s) especial(s) no SIGH, telefonar para a CPTL, avaliar a solicitação, discutir tratamento, informar autorização e dispensar o material(s). O cenário máximo acontece quando a CPTL discute a solicitação do enfermeiro da UTI-Adulto ou UCP.

**Figura 23 - Processo Solicitar material especial para curativo**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 11 - Custo do processo Solicitar material especial para curativo**



Atividade	UTI - Adulto <sup>26</sup>		UCP <sup>26</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Solicitar material(s) especial(s), por paciente, no SIGH	4,59	16,24	3,52	28,90	X	X
Telefonar para CPTL solicitando autorização	7,30	9,50	3,30	49,50	X	X
Avaliar solicitação de material especial	0,73	1,90	1,65	3,30	X	X
Discutir tratamento com enfermeira solicitante	1,46	19,00	3,30	49,50		X
Autorizar, em planilha compartilhada com a farmácia, dispensação do material(s) especial(s)	0,73	1,90	1,65	3,30	X	X
Dispensar material(s) especial(s) solicitado	0,25	1,95	0,25	1,95	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>13,60</b>	<b>50,49</b>	<b>10,37</b>	<b>136,45</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.5 Subprocesso Realizar Curativo

O subprocesso realizar curativo é apresentado separado por setor. As diferenças entre realizar curativo na UTI-Adulto e na UCP justificam essa separação.

##### 4.2.5.1 Subprocesso Realizar Curativo - Uti-Adulto

O subprocesso Realizar curativo-UTI-Adulto é apresentado na Figura 24. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

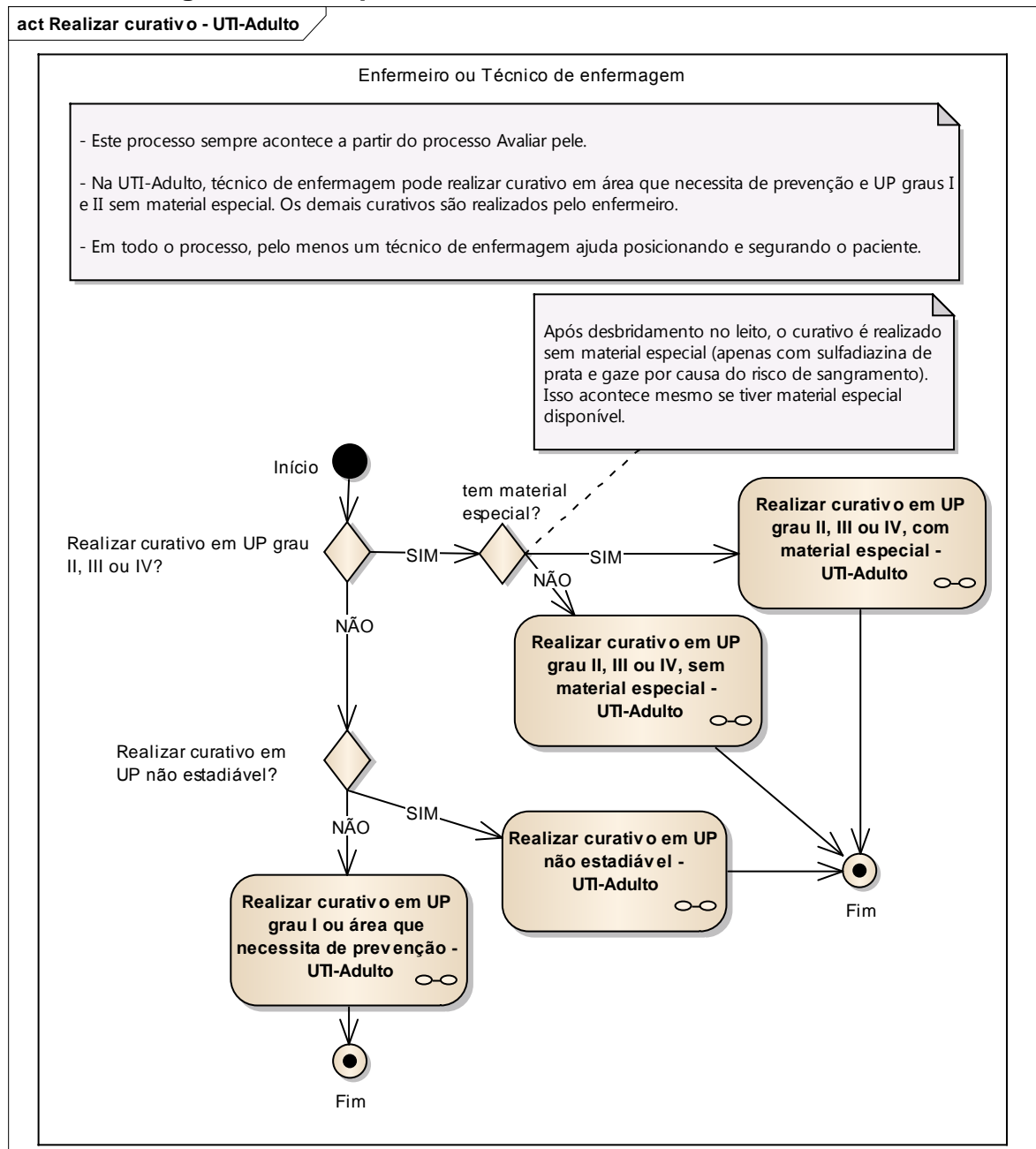
O custeio do subprocesso Realizar curativo-UTI-Adulto é apresentado na

<sup>26</sup> Valores expressos em Reais.

Tabela 12. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O cenário mínimo é o subprocesso com menor custo mínimo. O cenário máximo é o subprocesso com maior custo máximo. O cenário mínimo é o subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção na UTI-Adulto e custa R\$ 4,16. O cenário máximo é o subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial na UTI- Adulto e custa R\$ 639,27.

**Figura 24 - Subprocesso Realizar curativo – UTI-Adulto**



**Fonte: Dados da pesquisa.**

**Tabela 12 - Custo do subprocesso Realizar curativo – UTI-Adulto**

Subprocesso	UTI-Adulto <sup>27</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial UTI-Adulto	19,87	639,27		X
Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI-Adulto	17,34	195,98		
Realizar curativo em UP não estadiável- UTI-Adulto	21,84	201,70		
Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção. - UTI-Adulto	4,16	74,38	X	
<b>Custo do cenário</b>	<b>4,16</b>	<b>639,27</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.5.1.1 Subprocesso Realizar Curativo em UP Grau II, III ou IV com Material Especial – Uti-Adulto

O subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial na UTI-Adulto é apresentado na Figura 25. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

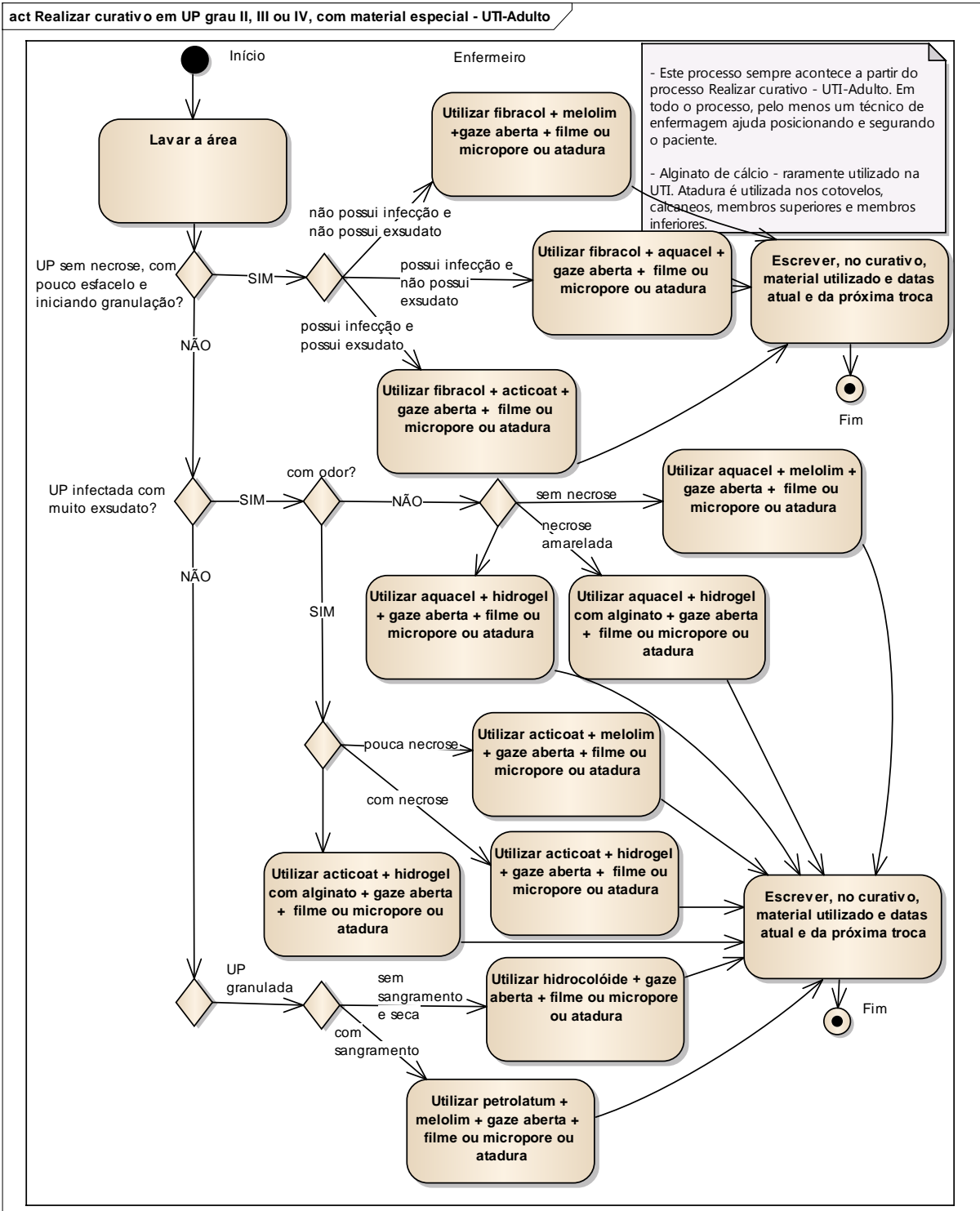
O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial na UTI-Adulto é apresentado na Tabela 13. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial na UTI-Adulto possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 19,87. Ele contempla lavar a área, utilizar hidrocoloide + gaze aberta + micropore e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP granulada, sem sangramento e seca. O cenário máximo custa R\$ 639,27. Ele contempla lavar a área, utilizar fibracol + acticoat + gaze aberta + filme de poliuretano e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP sem necrose, com pouco esfacelo, iniciando granulação, com infecção e com exsudato.

<sup>27</sup> Valores expressos em Reais.

**Figura 25 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial – UTI-Adulto**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 13 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial – UTI-Adulto**

Atividade	UTI - Adulto <sup>28</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	2,64	98,49	X	X
Utilizar fibracol + melolim +gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	59,24	365,56		
Utilizar fibracol + aquacel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	96,88	527,64		
Utilizar fibracol + acticoat + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	88,29	539,83		X
Utilizar aquacel + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	55,31	246,53		
Utilizar aquacel + hidrogel+ gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	63,99	258,62		
Utilizar aquacel + hidrogel com alginato + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	59,28	249,20		
Utilizar acticoat + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	46,72	258,72		
Utilizar acticoat + hidrogel com alginato + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	50,69	261,39		
Utilizar acticoat + hidrogel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	55,40	270,81		
Utilizar hidrocolóide + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	17,02	81,96	X	
Utilizar petrolatum + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	17,16	84,96		
Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	0,21	0,95	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>19,87</b>	<b>639,27</b>		

**Fonte: Dados da pesquisa.**

#### 4.2.5.1.2 Subprocesso Realizar Curativo em UP Grau II, III ou IV sem Material Especial – Uti-Adulto

O subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial na UTI-Adulto é apresentado na Figura 26. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

<sup>28</sup> Valores expressos em Reais.

O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial na UTI-Adulto é apresentado na

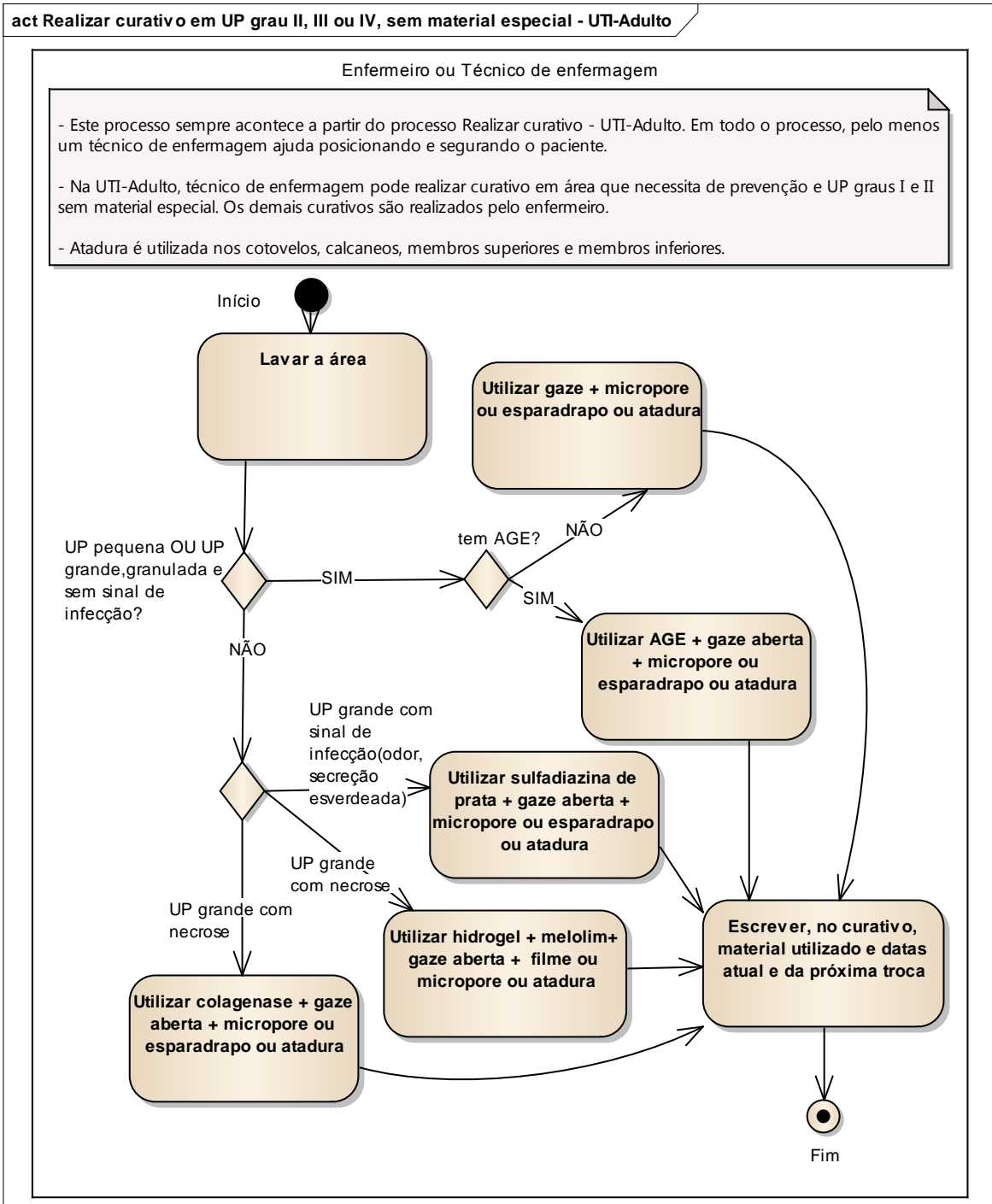
Tabela 14. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial na UTI-Adulto possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 17,34. Ele contempla lavar a área, utilizar gaze + micropore e escrever no curativo. Esse cenário acontece quando não tem AGE e a UP é pequena. O cenário máximo custa R\$ 195,98. Ele contempla lavar a área, utilizar hidrogel + melolim + gaze aberta + esparadrapo e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP grande e com necrose.



**Figura 26 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial – UTI-Adulto**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 14 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial – UTI-Adulto**

Atividade	UTI - Adulto <sup>29</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	2,64	98,49	X	X
Utilizar gaze + micropore ou esparadrapo ou atadura	14,49	65,30	X	
Utilizar AGE + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	14,61	69,35		
Utilizar sulfadiazina de prata + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	15,90	70,69		
Utilizar colagenase + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	18,09	79,45		
Utilizar hidrogel + melolim+ gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	26,35	96,54		X
Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	0,21	0,95	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>17,34</b>	<b>195,98</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.5.1.3 Subprocesso Realizar Curativo em Up Não Estadiável – Uti-Adulto

O subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável na UTI-Adulto é apresentado na Figura 27. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável na UTI-Adulto é apresentado na

Tabela 15. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

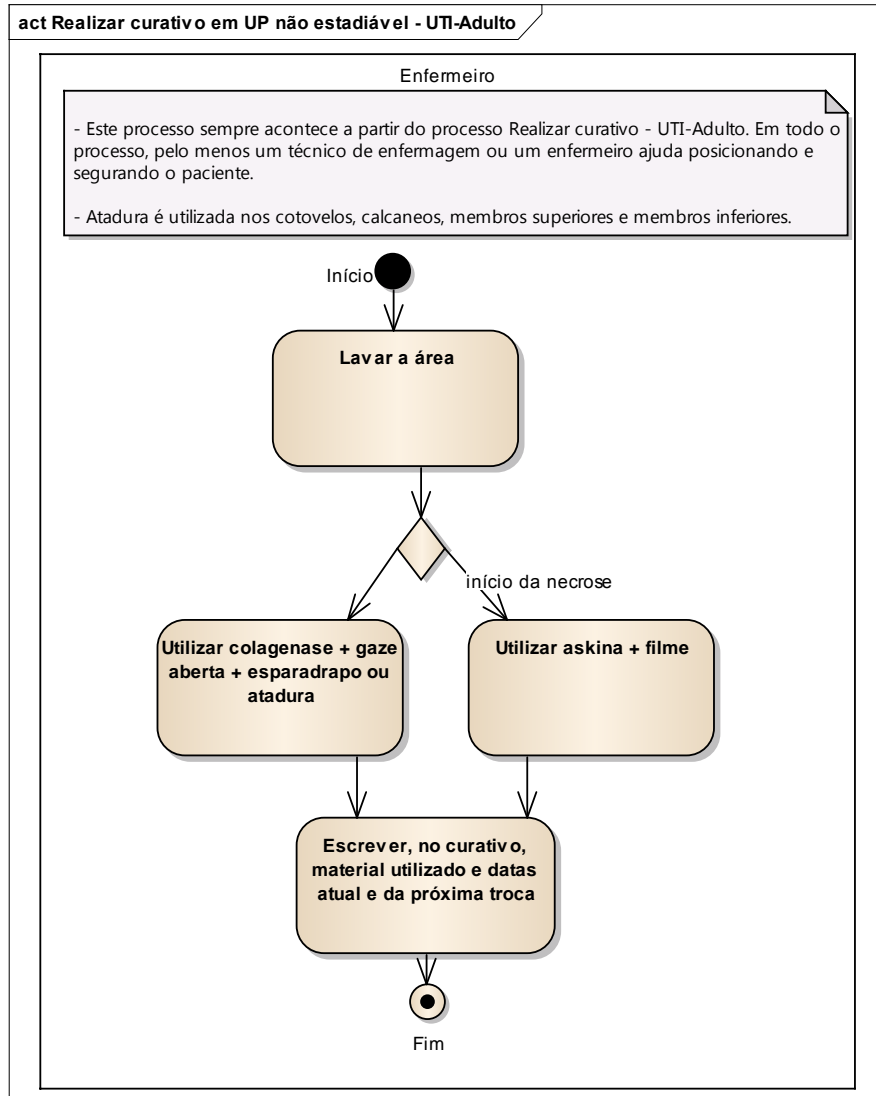
O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável na UTI-Adulto possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 21,84. Ele contempla lavar a área, utilizar colagenase + gaze aberta + esparadrapo e escrever no curativo. O

<sup>29</sup> Valores expressos em Reais.

cenário máximo custa R\$ 201,70. Ele contempla lavar a área, utilizar askina + filme e escrever no curativo. Esse cenário acontece no início da necrose.

**Figura 27 - Subprocesso Realizar curativo em UP não estádiável - UTI-Adulto**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 15 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP não estádiável - UTI-Adulto**

Atividade	UTI - Adulto <sup>30</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	2,64	98,49	X	X
Utilizar colagenase + gaze aberta + esparadrapo	18,99	79,45	X	
Utilizar askina + filme	19,85	102,26		X
Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	0,21	0,95	X	X

<sup>30</sup> Valores expressos em Reais.

<b>Custo do cenário</b>	<b>21,84</b>	<b>201,70</b>
-------------------------	--------------	---------------

---

**Fonte: Dados da pesquisa.**

#### 4.2.5.1.4 Subprocesso Realizar Curativo em UP Grau I ou Área que necessita de prevenção – Uti-Adulto

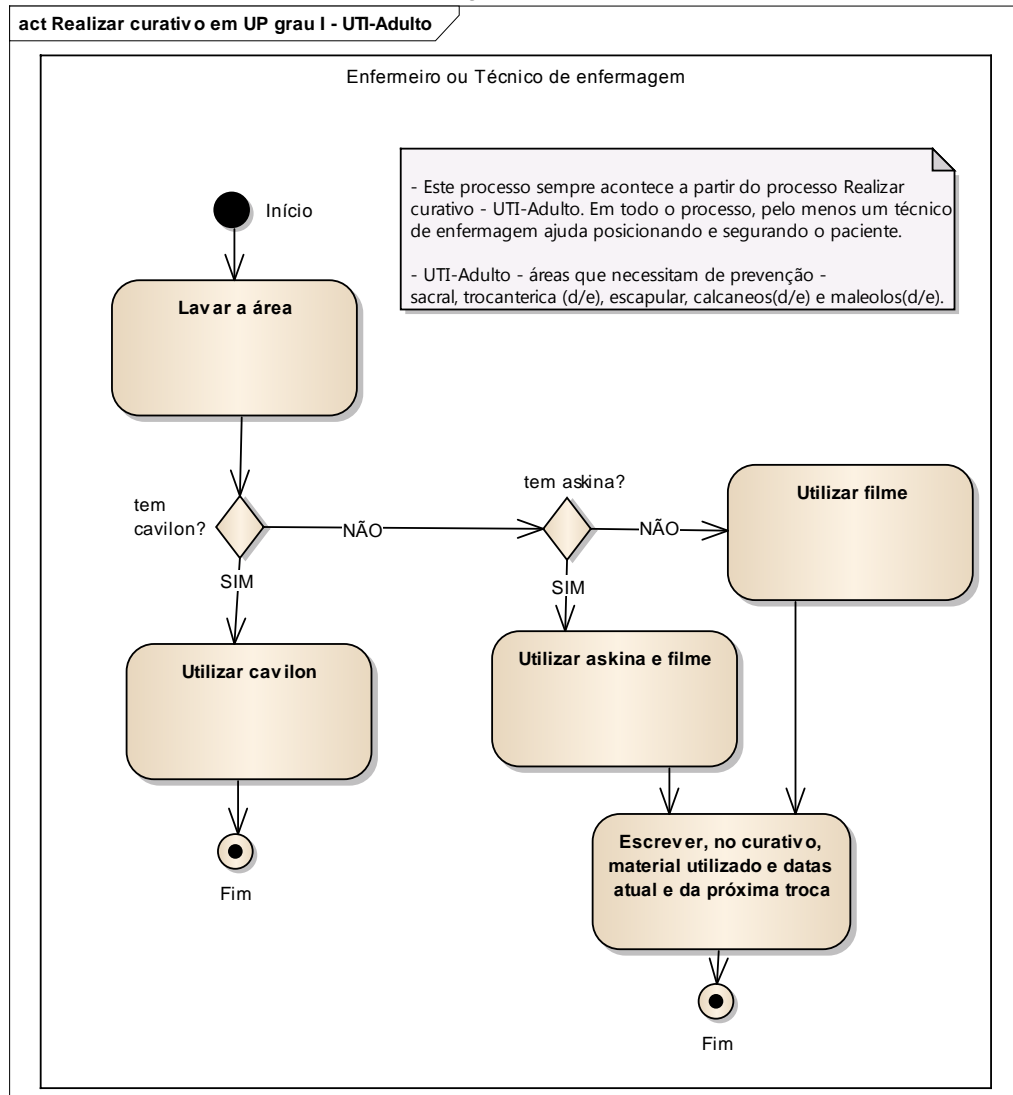
O subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção na UTI-Adulto é apresentado na Figura 28. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção na UTI-Adulto é apresentado na Tabela 16. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção na UTI-Adulto possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 4,16. Ele contempla lavar a área, utilizar filme e escrever no curativo. Esse cenário acontece quando não tem cavilon ou askina. O cenário máximo custa R\$ 74,38. Ele contempla lavar a área e utilizar cavilon.

**Figura 28 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção – UTI-Adulto**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 16 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau I ou área que necessita de prevenção – UTI-Adulto**

Atividade	UTI - Adulto <sup>31</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	2,12	25,55	X	X
Utilizar cavilon	6,43	48,83		X
Utilizar askina e filme	6,17	25,97		
Utilizar filme	1,83	13,28	X	
Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	0,21	0,95	X	
<b>Custo do cenário</b>	<b>4,16</b>	<b>74,38</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

<sup>31</sup> Valores expressos em Reais.

#### 4.2.5.2 *Subprocesso Realizar Curativo – UCP*

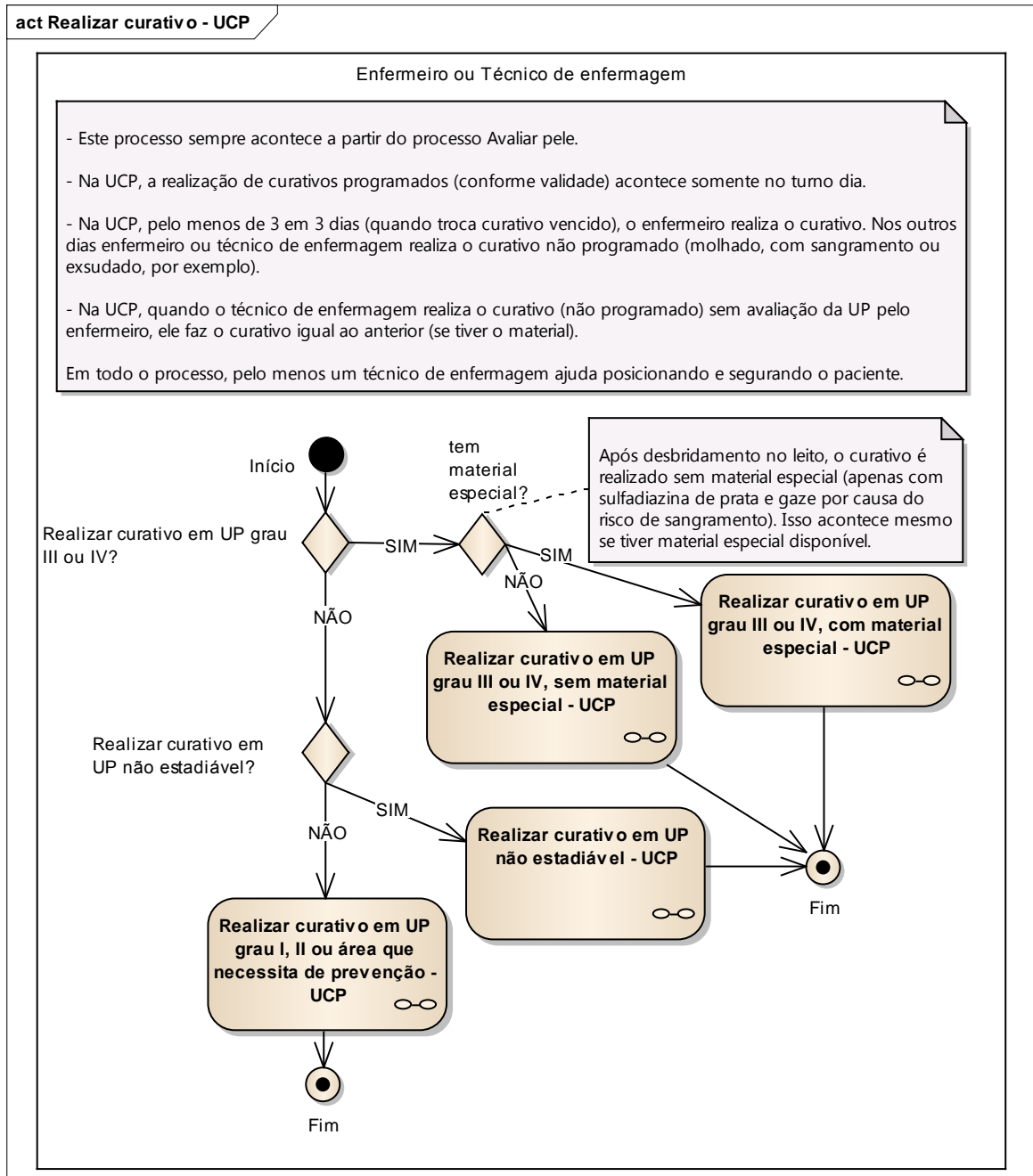
O subprocesso Realizar curativo-UCP é apresentado na Figura 29. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Realizar curativo-UCP é apresentado na

Tabela 17. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O cenário mínimo é o subprocesso com menor custo mínimo. O cenário máximo é o subprocesso com maior custo máximo. O cenário mínimo é o subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção na UCP e custa R\$ 4,32. O cenário máximo é o subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial na UTI- Adulto e custa R\$ 608,82.

**Figura 29 - Subprocesso Realizar curativo - UCP**



Fonte: Dados da pesquisa.



**Tabela 17 - Custo subprocesso Realizar curativo - UCP**

Processo	UCP <sup>32</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial - UCP	26,10	608,82		X
Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial - UCP	5,23	149,93		
Realizar curativo em UP não estadiável- UCP	6,45	149,93		
Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção. - UCP	4,32	131,43	X	
<b>Custo do Cenário</b>	<b>6,45</b>	<b>608,82</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.5.2.1 Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial – UCP

O subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial na UCP é apresentado na Figura 30. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial na UCP é apresentado na

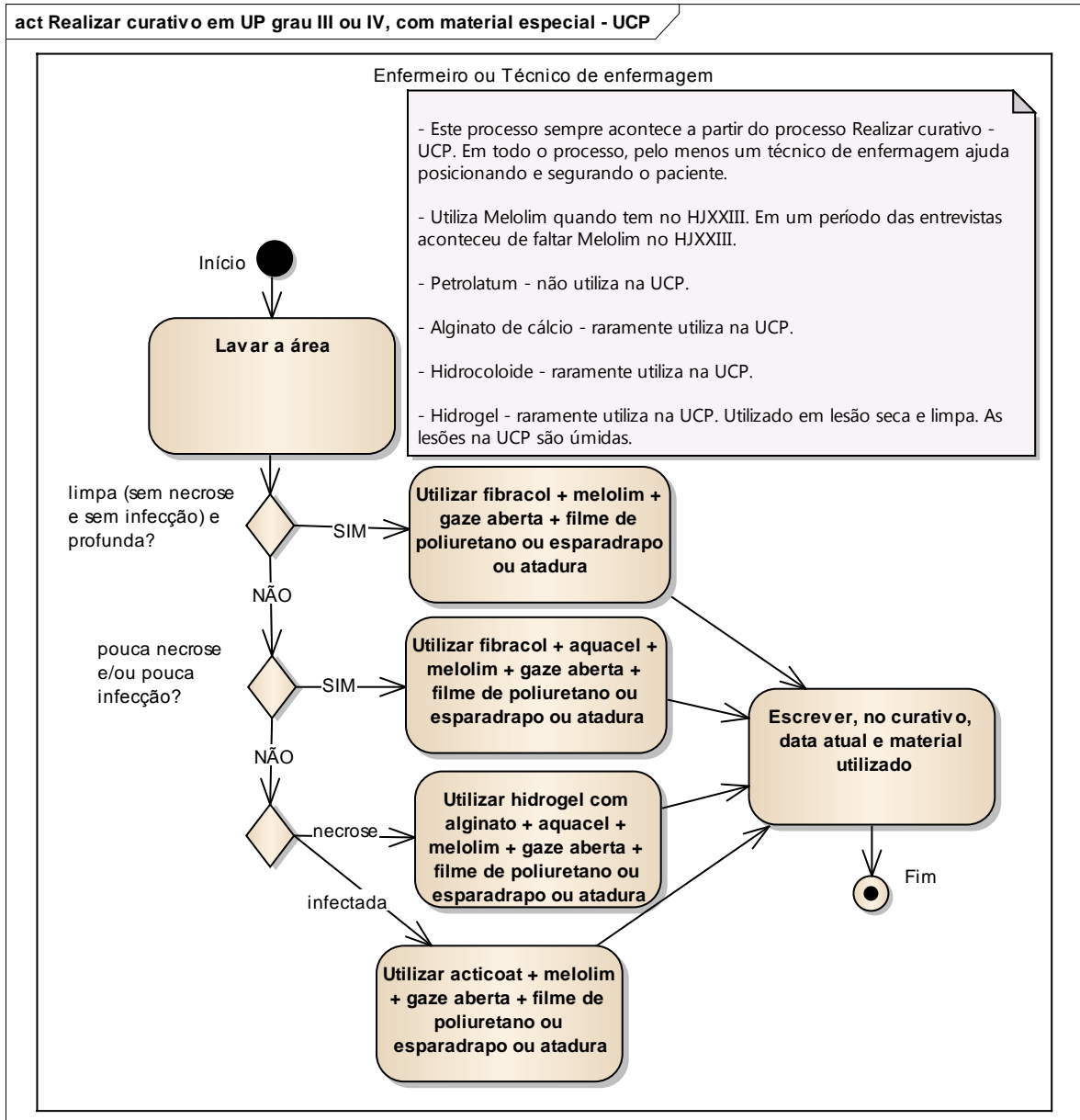
<sup>32</sup> Valores expressos em Reais.

Tabela 18. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial na UCP possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 26,10. Ele contempla lavar a área, utilizar hidrogel com alginato + aquacel + melolim + gaze aberta + esparadrapo e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP com necrose. O cenário máximo custa R\$ 608,82. Ele contempla lavar a área, utilizar fibracol + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP com pouca necrose e pouca infecção.

**Figura 30 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial - UCP**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 18 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV com material especial - UCP**

Atividade	UCP <sup>33</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	3,07	79,42	X	X
Utilizar fibracol + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	45,79	357,78		
Utilizar fibracol + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	65,27	527,75		X
Utilizar hidrogel com alginato + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	22,81	254,59	X	
Utilizar acticoat + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	33,27	316,92		
Escrever, no curativo, data e material utilizado	0,22	1,65	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>26,10</b>	<b>608,82</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.5.2.2 Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial – UCP

O subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial na UCP é apresentado na Figura 31. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial na UCP é apresentado na

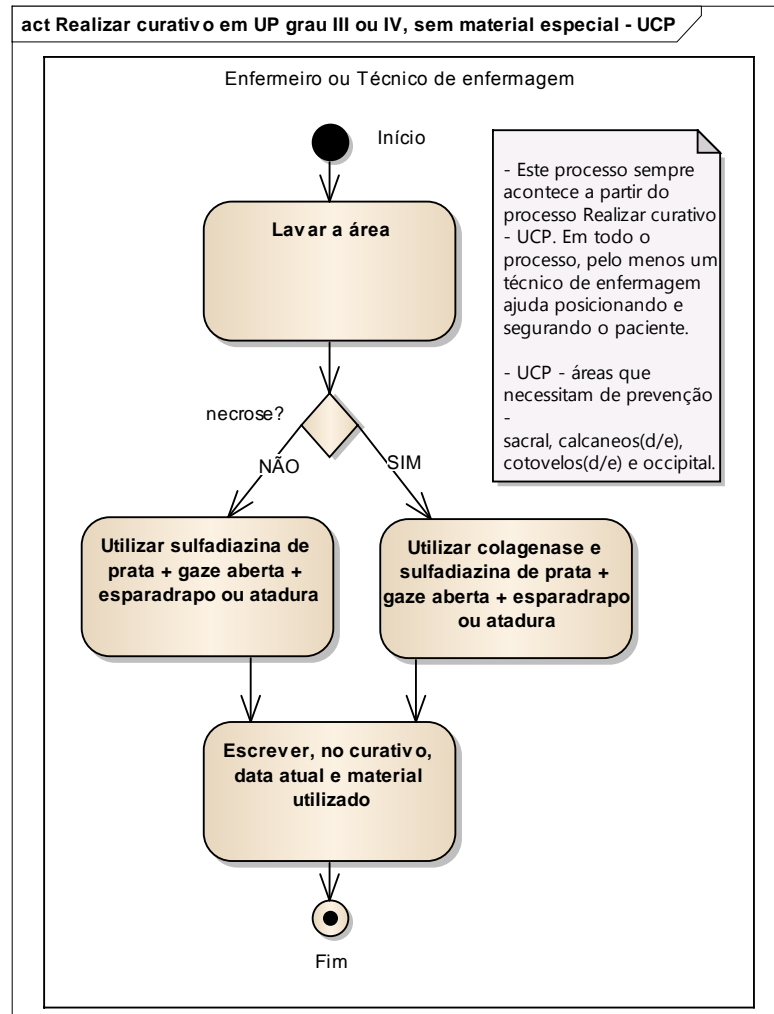
<sup>33</sup> Valores expressos em Reais.

Tabela 19. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial na UCP possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 5,23. Ele contempla lavar a área, utilizar sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP sem necrose. O cenário máximo custa R\$ 149,93. Ele contempla lavar a área, utilizar sulfadiazina de prata + colagenase + gaze aberta + esparadrapo e escrever no curativo. Esse cenário acontece em UP com necrose.

**Figura 31 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial - UCP**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 19 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau III ou IV sem material especial - UCP**

Processo	Atividade	UCP <sup>34</sup>		Cenário	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Lavar a área	3,07	79,42	X	X
Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Utilizar sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo	1,94	61,56	X	
Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Utilizar colagenase + sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo	3,16	68,86		X
Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Escrever, no curativo, data e material utilizado	0,22	1,65	X	X
<b>Total do cenário</b>		<b>5,23</b>	<b>149,93</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.5.2.3 Subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável – UCP

O subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável na UCP é apresentado na Figura 32. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

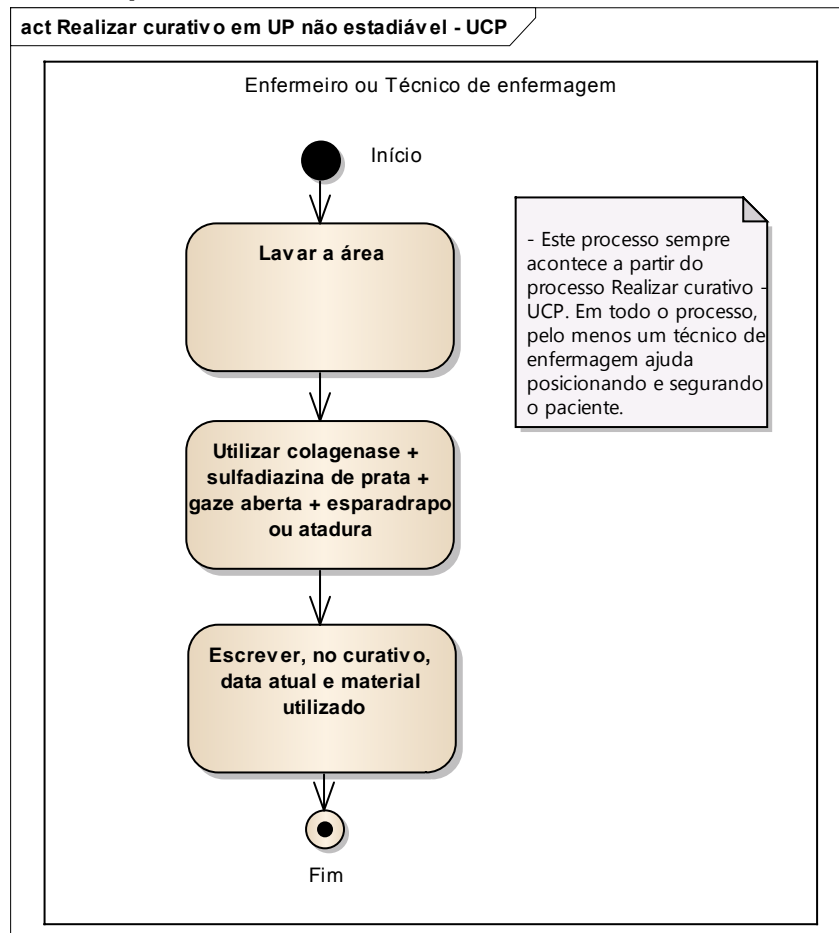
O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável na UCP é apresentado na Tabela 20. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável na UCP possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 6,45. O cenário máximo custa R\$ 149,93. As atividades que compõem os cenários mínimo e máximo são iguais. O que diferencia são os recursos consumidos. Os cenário mínimo e máximo contemplam lavar a área, utilizar utilizar sulfadiazina de prata + colagenase + gaze aberta + esparadrapo e escrever no curativo.

<sup>34</sup> Valores expressos em Reais.

**Figura 32 - Subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável - UCP**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 20 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP não estadiável - UCP**

Atividade	UCP <sup>35</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	3,07	79,42	X	X
Utilizar colagenase + sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo ou atadura	3,16	68,86	X	X
Escrever, no curativo, data e material utilizado	0,22	1,65	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>6,45</b>	<b>149,93</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

<sup>35</sup> Valores expressos em Reais.



#### 4.2.5.2.4 Subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção – UCP

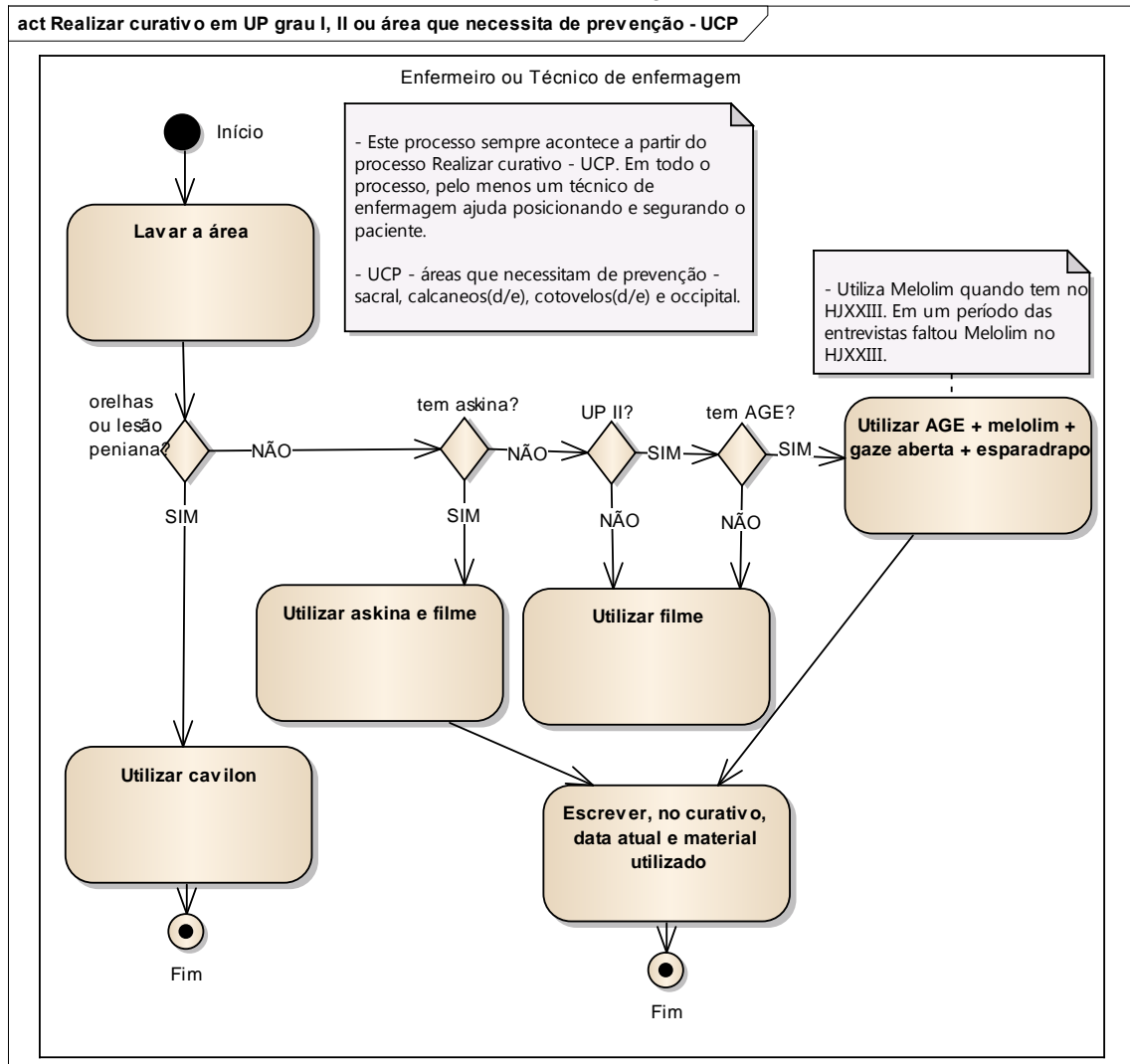
O subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção na UCP é apresentado na Figura 33. Um curativo é realizado a cada execução desse subprocesso.

O custeio do subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção na UCP é apresentado na Tabela 21. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção na UCP possui cenários intermediários.

O cenário mínimo desse subprocesso custa R\$ 4,32. Ele contempla lavar a área, utilizar filme e escrever no curativo. Esse cenário acontece quando não tem cavilon ou askina (em UP grau I ou área que necessita de prevenção). O cenário máximo custa R\$ 131,43. Ele contempla lavar a área e utilizar cavilon (em orelhas ou lesão peniana).

**Figura 33 - Subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 21 - Custo do subprocesso Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP**

Atividade	UCP <sup>36</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Lavar a área	3,07	79,42	X	X
Utilizar cavilon	6,45	52,01		X
Utilizar AGE + melolim	2,56	23,96		
Utilizar askina e filme	5,37	29,57		
Utilizar filme	1,03	16,88	X	
Escrever, no curativo, data e material utilizado	0,22	1,65	X	
<b>Custo do cenário</b>	<b>4,32</b>	<b>131,43</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>36</sup> Valores expressos em Reais.

#### **4.2.6 Subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção**

O subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção é apresentado na Figura 34.

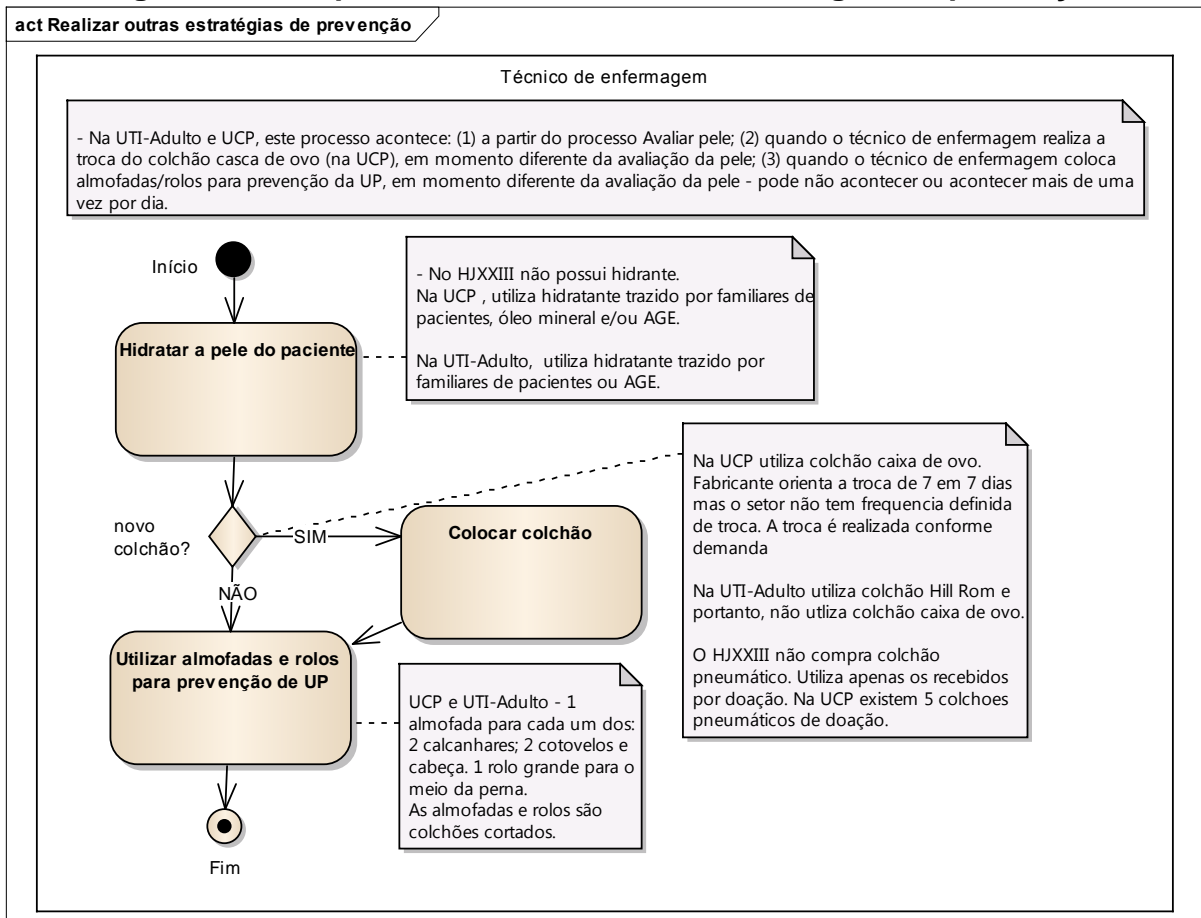
O custeio subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção é apresentado na Tabela 22. A presença de pontos de decisão no subprocesso indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do subprocesso.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Avaliar pele custa R\$ 39,01 na UTI-Adulto e R\$20,07 na UCP. Ele contempla observar pele, aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos, registrar evolução com escala de Braden. O cenário mínimo acontece quando não é necessário realizar curativo (todos os curativos, inclusive os de prevenção, estão no período de validade e não estão danificados, por exemplo).

O cenário máximo custa R\$ 1.566,30 na UTI-Adulto e R\$ 1.509,45 na UCP. Ele contempla observar pele, retirar curativos, avaliar uma UP (lavar, desbridar no leito, mensurar e classificar), solicitar material especial para curativo, realizar curativo em uma UP, aplicar hidratante, colocar almofadas/rolos e registrar evolução com escala de Braden. O cenário máximo acontece quando se realizou a troca de um curativo em UP utilizando fibracol + acticoat + gaze aberta + filme de poliuretano (na UTI- Adulto em UP grau II, III ou IV – sem necrose, com pouco esfacelo, iniciando granulação, com infecção e exsudato) ou fibracol + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano (na UCP em UP grau III ou IV com pouca necrose e/ou pouca infecção). Esses foram os curativos com maior custo máximo, em cada setor.

**Figura 34 - Subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 22 - Custo do subprocesso Realizar outras estratégias de prevenção**

Atividade	UTI - Adulto <sup>37</sup>		UCP <sup>37</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Hidratar a pele do paciente	0,83	34,51	0,61	33,91	X	X
Colocar colchão	-	-	71,70	86,10		X
Utilizar almofadas e rolos para prevenção de UP	23,14	111,51	17,92	105,63	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>23,97</b>	<b>146,02</b>	<b>18,53</b>	<b>225,64</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

<sup>37</sup> Valores expressos em Reais.

#### **4.2.7 Processo Avaliar UP - médico cirurgião plástico**

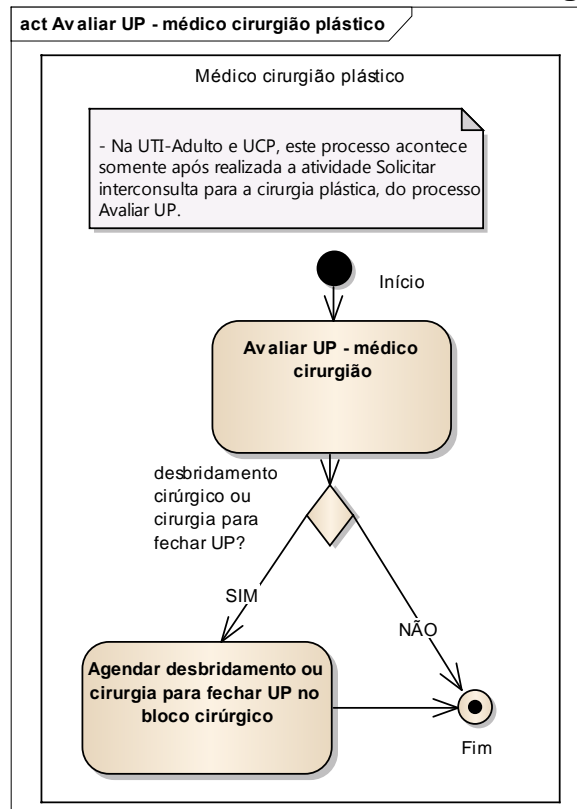
O processo Avaliar UP – médico cirurgião plástico é apresentado na Figura 35.

O custeio do processo Avaliar UP – médico cirurgião plástico é apresentado na Tabela 23. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do processo.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O processo Avaliar UP – médico cirurgião plástico possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Avaliar UP – médico cirurgião plástico custa R\$1,90 na UTI-Adulto e R\$3,56 na UCP. Ele contempla avaliar UP para decidir realizar ou não o desbridamento ou a cirurgia para fechar UP no bloco cirúrgico. O cenário mínimo acontece após o médico avaliar UP e solicitar interconsulta para o cirurgião plástico. O cenário máximo custa R\$20,36 na UTI-Adulto e R\$27,48 na UCP. Ele contempla avaliar UP e agendar o desbridamento ou a cirurgia para fechar UP no bloco cirúrgico. O cenário máximo acontece quando o cirurgião plástico atende à interconsulta e decide realizar desbridamento ou cirurgia na UP.

**Figura 35 - Processo Avaliar UP – Médico Cirurgião Plástico**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 23 - Custo do processo Avaliar UP – Médico Cirurgião Plástico**

Atividade	UTI - Adulto <sup>38</sup>		UCP <sup>38</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Avaliar UP -médico cirurgião	1,90	13,21	3,56	20,33	X	X
Agendar desbridamento ou cirurgia para fechar UP no bloco cirúrgico	1,43	7,15	1,43	7,15		X
<b>Custo do cenário</b>	<b>1,90</b>	<b>20,36</b>	<b>3,56</b>	<b>27,48</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.8 Processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico

O processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico é apresentado na Figura 36.

O custeio do processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico é apresentado na

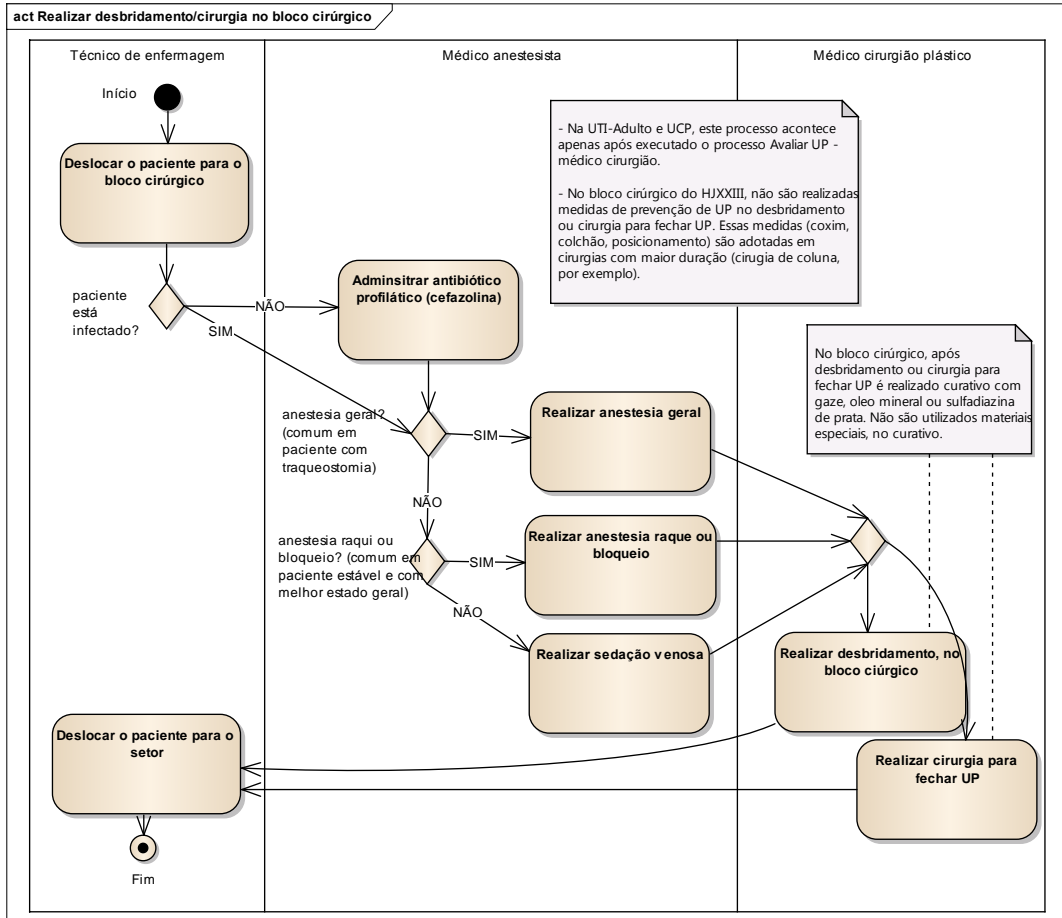
<sup>38</sup> Valores expressos em Reais.

Tabela 24. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do processo.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico custa R\$320,07 na UTI-Adulto e R\$308,62 na UCP. Ele contempla deslocar o paciente para o bloco cirúrgico, realizar sedação venosa, realizar desbridamento e deslocar o paciente para o setor. O cenário mínimo acontece quando o paciente já está em uso de antimicrobiano e possui um melhor estado geral. O cenário máximo custa R\$1.433,70 na UTI-Adulto e R\$1.539,10 na UCP. Ele contempla deslocar o paciente para o bloco cirúrgico, administrar antibiótico profilático, realizar anestesia geral, realizar cirurgia para fechar UP e deslocar o paciente para o setor. O cenário máximo acontece quando o paciente não está em uso de antimicrobiano e está traqueostomizado.

**Figura 36 - Processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 24 - Custo do processo Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico**

Atividade	UTI - Adulto <sup>39</sup>		UCP <sup>39</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Deslocar paciente para o bloco cirúrgico	7,75	83,20	2,20	159,60	X	X
Administrar antibiótico profilático (cefazolina)	8,13	47,96	8,13	47,96		X
Realizar anestesia geral	150,96	436,26	150,96	436,26		X
Realizar anestesia raque ou bloqueio	112,27	400,81	112,27	400,81		
Realizar sedação venosa	102,74	388,04	102,74	388,04	X	
Realizar desbridamento, no bloco cirúrgico	201,18	350,48	201,18	350,48	X	
Realizar cirurgia para fechar UP	387,78	813,68	387,78	813,68		X
Deslocar o paciente para o setor	8,40	52,60	2,50	81,60	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>320,07</b>	<b>1.433,70</b>	<b>308,62</b>	<b>1.539,10</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

<sup>39</sup> Valores expressos em Reais.

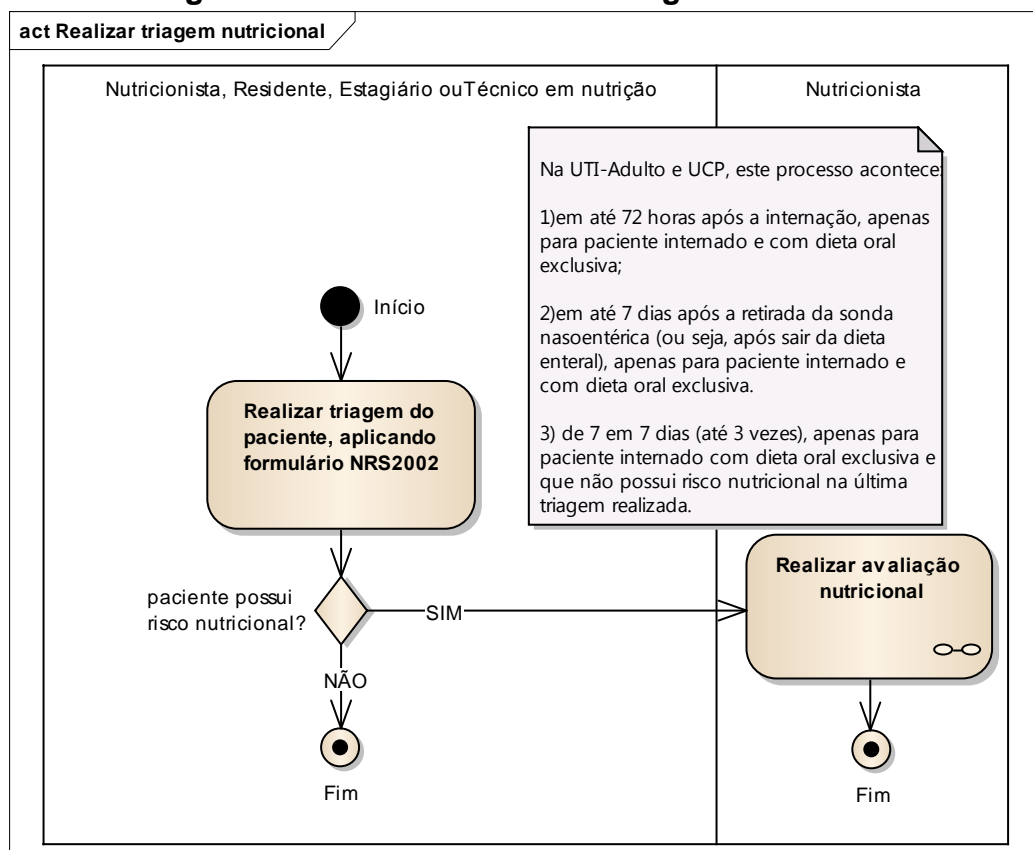


#### 4.2.9 Processo Realizar triagem nutricional

O processo Realizar triagem nutricional na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII é apresentado na Figura 37.

O processo Realizar triagem nutricional foi mapeado, já que a nutrição desempenha um papel importante no Tratamento da Úlcera por Pressão. Porém, não foi custeado, porque houve dificuldade na busca de dados para definição dos direcionadores. O processo Realizar triagem nutricional não acontece exclusivamente por causa da UP.

**Figura 37 - Processo Realizar triagem nutricional**



Fonte: Dados da pesquisa.

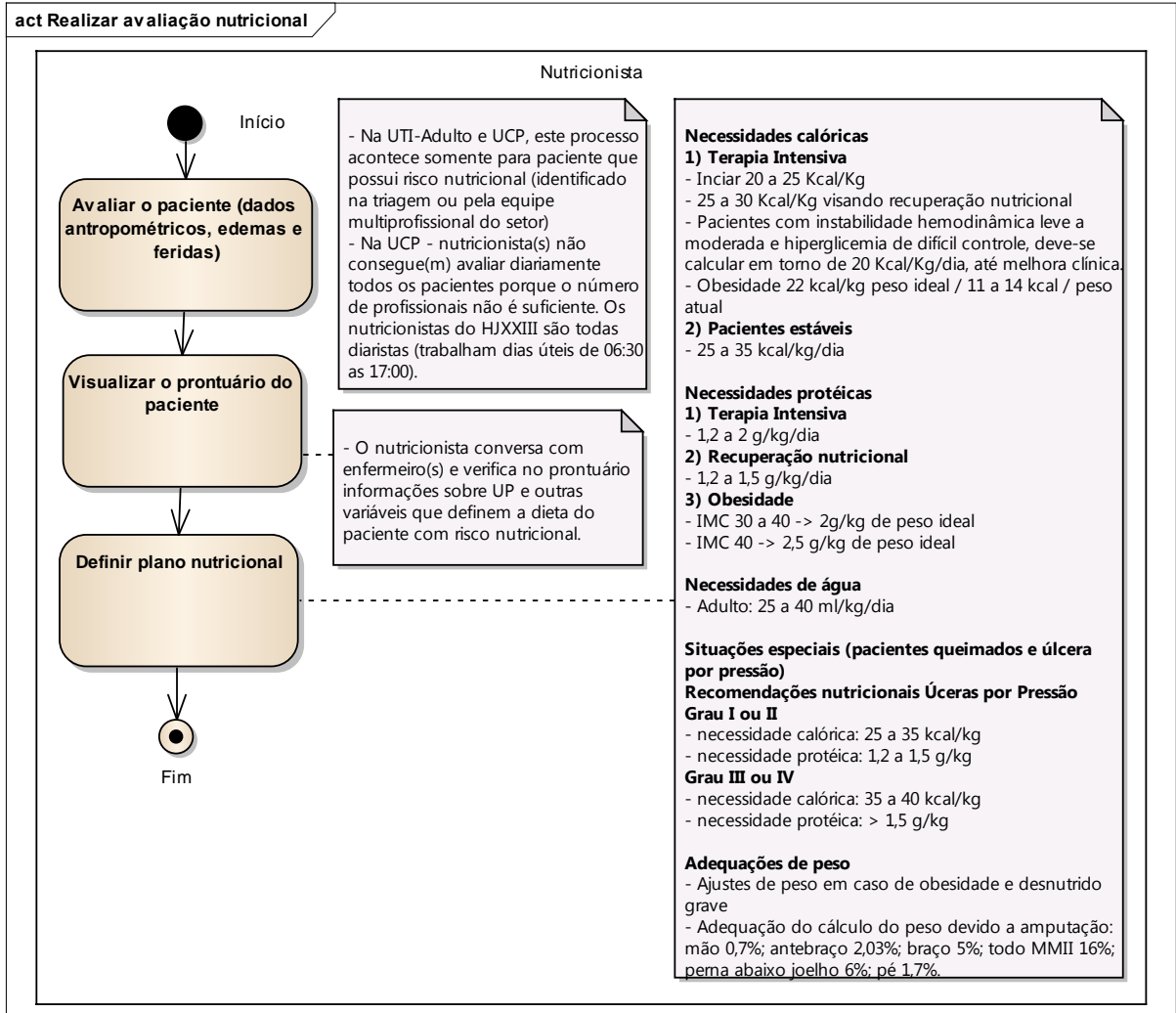
#### 4.2.10 Processo Realizar avaliação nutricional

O processo Realizar avaliação nutricional na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII é apresentado na Figura 38.

O processo Realizar avaliação nutricional foi mapeado, já que a nutrição desempenha um papel importante no Tratamento da Úlcera por Pressão. Porém, não

foi custeado, porque houve dificuldade na busca de dados para definição dos direcionadores. O processo Realizar avaliação nutricional não acontece exclusivamente por causa da UP.

**Figura 38 - Processo Realizar avaliação nutricional**



Fonte: Dados da pesquisa.

**4.2.11 Processo Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva**

O processo Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva é apresentado na Figura 39. Uma mudança de decúbito ou manobra descompressiva é realizada a cada execução desse processo.

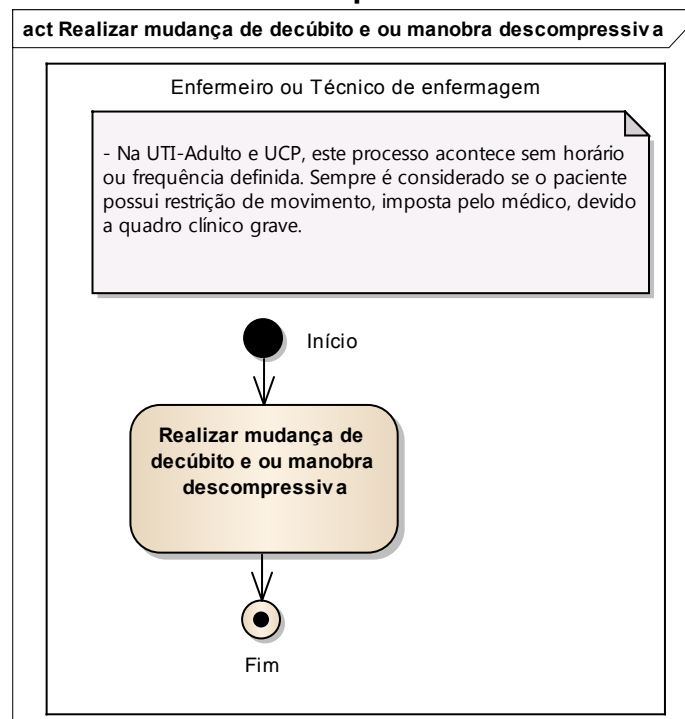
O custeio do processo Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva é apresentado na

Tabela 25 - Custo do processo Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do processo.

O custo do cenário mínimo representa o custo mínimo da atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa o custo máximo da atividade que compõe esse cenário. O processo Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva custa R\$0,21 na UTI-Adulto e R\$0,22 na UCP. O cenário máximo custa R\$18,15 na UTI-Adulto e R\$8,30 na UCP. A atividade que compõe o cenário mínimo é a mesma que compõe o cenário máximo. O que altera é a quantidade de recurso consumido. Essa atividade contempla realizar uma mudança de decúbito ou manobra descompressiva.

**Figura 39 - Processo Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 25 - Custo do processo Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva**

Atividade	UTI - Adulto <sup>40</sup>		UCP <sup>40</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Realizar mudança de decúbito ou manobra descompressiva	0,21	18,15	0,22	8,30	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>0,21</b>	<b>18,15</b>	<b>0,22</b>	<b>8,30</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### **4.2.12 Processo Realizar prescrição médica**

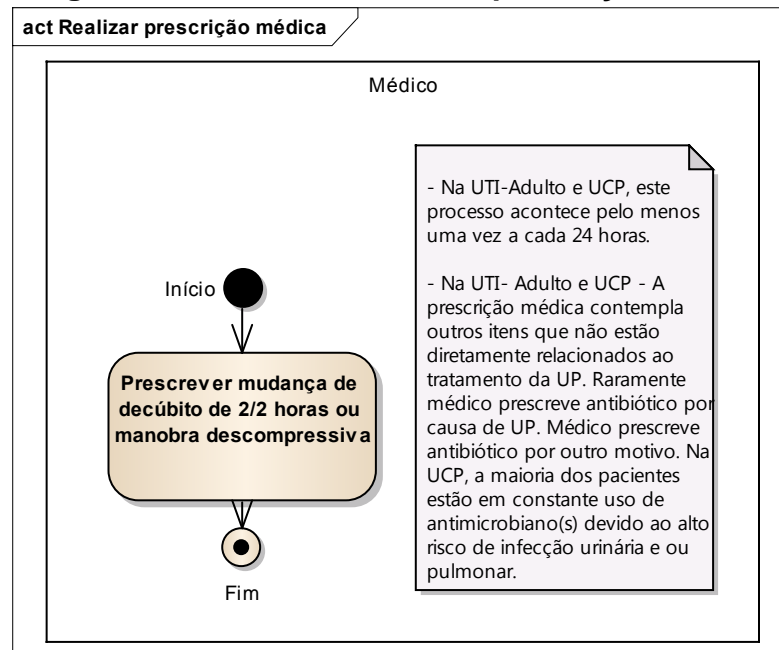
O processo Realizar prescrição médica é apresentado na Figura 39. Uma prescrição médica é realizada a cada execução desse processo

O custeio do processo Realizar prescrição médica é apresentado na Tabela 26 - Custo do processo Realizar prescrição médica. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do processo.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O processo prescrição médica possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Realizar prescrição médica custa R\$1,34 na UTI-Adulto e R\$2,43 na UCP. O cenário máximo custa R\$2,00 na UTI-Adulto e R\$5,50 na UCP. A atividade que compõe o cenário mínimo é a mesma que compõe o cenário máximo. O que altera é a quantidade de recurso consumido. Essa atividade contempla realizar uma prescrição médica com o item mudança de decúbito ou manobra descompressiva.

<sup>40</sup> Valores expressos em Reais.

**Figura 40 - Processo Realizar prescrição médica**

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 26 - Custo do processo Realizar prescrição médica**

Atividade	UTI - Adulto <sup>41</sup>		UCP <sup>41</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Prescrever mudança de decúbito de 2/2horas ou manobra descompressiva	1,34	2,00	2,43	5,50	X	X
<b>Custo do cenário</b>	<b>1,34</b>	<b>2,00</b>	<b>2,43</b>	<b>5,50</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.13 Processo Realizar atendimento fisioterápico

O processo Realizar atendimento fisioterápico é apresentado na Figura 41.

O custeio do processo Realizar atendimento fisioterápico é apresentado na

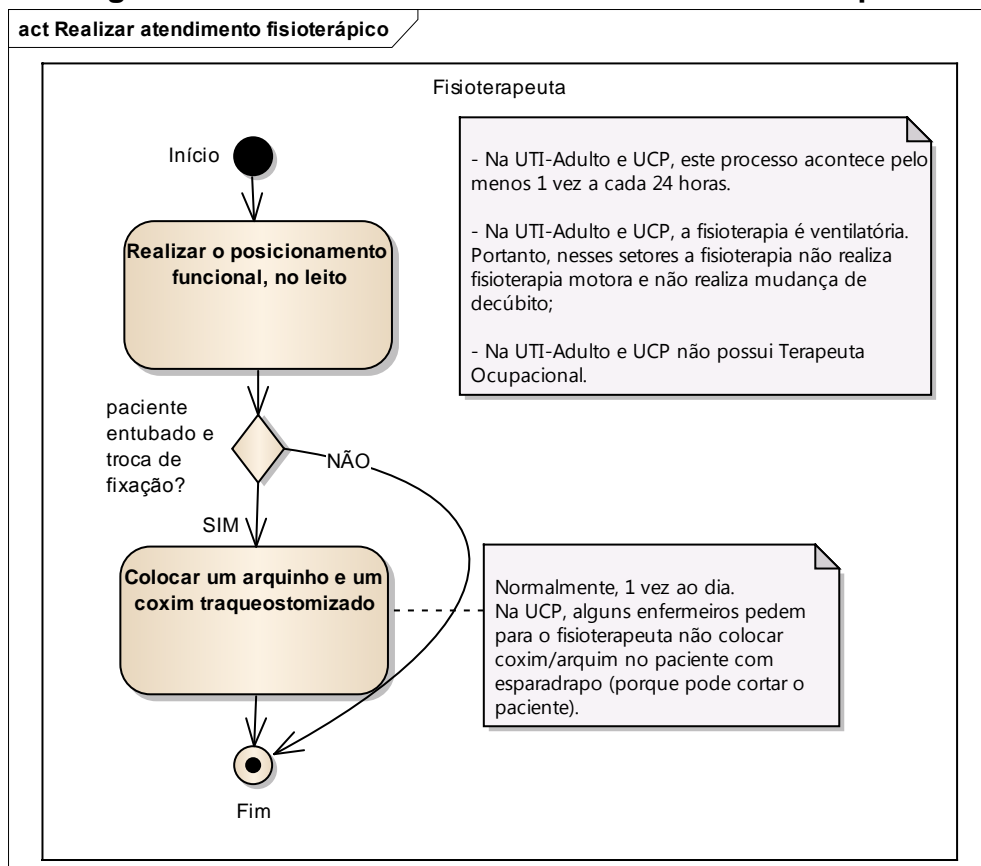
<sup>41</sup> Valores expressos em Reais.

Tabela 27. A presença de pontos de decisão no processo indica a variabilidade de cenários. Assim, foram identificados e custeados cenários mínimo e máximo do processo.

O custo do cenário mínimo representa a soma do custo mínimo de cada atividade que compõe esse cenário. O custo do cenário máximo representa a soma do custo máximo de cada atividade que compõe esse cenário. O subprocesso Realizar atendimento fisioterápico possui cenários intermediários.

O cenário mínimo do processo Realizar atendimento fisioterápico custa R\$0,61 na UTI-Adulto e R\$0,71 na UCP. Ele contempla realizar o posicionamento funcional do paciente no leito. O cenário máximo custa R\$25,30 na UTI-Adulto e R\$14,50 na UCP. Ele contempla realizar o posicionamento funcional do paciente no leito e colocar arquinho e coxim, se paciente entubado.

**Figura 41 - Processo Realizar atendimento fisioterápico**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 27 - Custo do processo Realizar atendimento fisioterápico**

Atividade	UTI - Adulto <sup>42</sup>		UCP <sup>42</sup>		Cenário	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Realizar o posicionamento funcional, no leito	0,61	6,25	0,71	3,55	X	X
Colocar um arquinho e um coxim traqueostomizado	6,31	19,05	7,31	10,95		X
<b>Custo do cenário</b>	<b>0,61</b>	<b>25,30</b>	<b>0,71</b>	<b>14,50</b>		

Fonte: Dados da pesquisa.

### 4.3 O protocolo clínico e o custeio baseado em atividades

Esta seção apresenta a comparação realizada entre o Protocolo 13 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão (da FHEMIG) e o Custeio Baseado em Atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP (do HJXXIII).

#### 4.3.1 Visão geral

O protocolo clínico orienta como devem ser realizados a prevenção e o Tratamento da Úlcera por Pressão, na FHEMIG. Entre outras, possui como referência a NPUAP, reconhecida mundialmente na prevenção e tratamento da UP. Para CONITEC (2016), os protocolos clínicos são elaborados a partir de dados confiáveis e com qualidade científica. Conforme (LONG, 1994), eles podem ser adaptações de protocolos já existentes.

De acordo com Ribeiro (2010), o protocolo clínico deve homogeneizar condutas tornando-as mais efetivas e com custos mais razoáveis. O protocolo estudado não possui nenhuma análise de custo. A grande maioria das atividades não apresenta recursos (material de consumo e recursos humanos), e as que apresentam não indicam a quantidade. Existem atividades sem indicação do tipo de recurso humano (subprocesso Planejar as atividades preventivas, por exemplo).

O Custeio Baseado em Atividades mostra como é realizado o Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP do HJXXIII da FHEMIG. Detalha material de consumo e recurso humano utilizado em cada atividade. A partir daí, apresenta os custos de toda atividade, processo e macroprocesso. Para Kaplan e Cooper (1998), o

<sup>42</sup> Valores expressos em Reais.

ABC apresenta quais atividades são executadas com os recursos organizacionais e quanto custa executar atividades e processos de negócios.

#### **4.3.2 Público-alvo**

O protocolo clínico possui como público-alvo os pacientes adultos/idosos que estão internados e com risco de desenvolvimento de UP ou já portadores desta. Porém, o protocolo não especifica o que classifica o paciente em “com risco de desenvolvimento de UP”.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que o Tratamento da Úlcera por Pressão (que inclui prevenção) é aplicado em todo paciente internado na UTI-Adulto ou na UCP do HJXXIII.

#### **4.3.3 Identificar risco de desenvolver UP**

O protocolo orienta identificar risco por meio da escala de Braden, triagem nutricional e fatores intrínsecos/extrínsecos. A escala de Braden deve ser aplicada nas primeiras seis horas após a admissão do paciente no setor. Deve ser reavaliada em 48 horas e depois reavaliada conforme último risco: Baixo risco (15 a 18) reavaliar risco 5/5 dias; Médio risco (13 a 14) reavaliar risco 4/4dias; Alto risco (10 a 12) reavaliar risco 3/3 dias; Muito alto risco ( $\leq 9$ ) reavaliar risco diariamente; Risco ausente (19 a 23) manter avaliação clínica de acordo com as exigências assistenciais de cada caso.

A triagem nutricional deve ser feita em pacientes adultos com mais de 72 horas de internação. Exceto gestantes de risco habitual internadas para parto e pacientes críticos (UTI, CTI, unidades semi-intensivas), que já estão em risco nutricional. Paciente sem risco nutricional deve ser retriado de 7 em 7 dias. O protocolo não define frequência para avaliar fatores intrínsecos e extrínsecos e qual resultado significa risco.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que a UTI-Adulto e a UCP realizam a escala de Braden e a triagem nutricional. Desde 07/03/2017 a escala de Braden tem sido realizada diariamente, na evolução do enfermeiro no SIGH, para todos os pacientes internados na UTI-Adulto ou na UCP. Nesses setores, a triagem nutricional é aplicada em até 72 horas após a internação ou em até 7 dias após a retirada da sonda nasoentérica, apenas para paciente com dieta oral exclusiva. A retriagem é



aplicada de 7 em 7 dias em paciente que não possui risco nutricional e com dieta oral exclusiva. São realizadas 3 retriagens, no máximo.

Conforme o protocolo, simultaneamente ao tratamento das lesões existentes devem ser mantidas todas as medidas de prevenção inerentes ao risco atribuído ao paciente, evitando o agravamento das lesões bem como o surgimento de novas.

No protocolo, o risco de desenvolver UP encontrado na escala de Braden orienta apenas a frequência de reaplicação dessa escala, a solicitação de exames médicos (se o risco é de moderado a alto) e o uso de colchão pneumático (se risco muito alto). O HJXXIII não compra colchão pneumático. Os poucos que existem no hospital foram adquiridos por doação. O risco nutricional orienta a retriagem (se não possui risco).

No custeio baseado em atividades, o risco de desenvolver UP encontrado na escala de Braden não impacta nenhuma atividade. O risco nutricional orienta a retriagem (se não possui risco nutricional) ou a avaliação nutricional (se possui risco nutricional).

#### **4.3.4 Avaliar pele**

O protocolo orienta realizar a inspeção diária da pele, principalmente no momento do banho, e estimular o paciente com condições a fazê-la.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que, na UTI-Adulto e na UCP, a pele do paciente é avaliada pelo menos uma vez a cada 24 horas por enfermeiro e ou técnico de enfermagem. Essa avaliação é feita na admissão no setor e depois no banho ou na troca de fralda. Sempre é considerado se o paciente possui restrição de movimento, imposta pelo médico, devido a quadro clínico grave. Nessa avaliação são retirados curativos vencidos, danificados e desconhecidos.

A avaliação da pele é registrada na evolução diária que o enfermeiro faz no SIGH. Essa evolução não possui campos estruturados relacionados à UP. Os enfermeiros registram as informações da UP em campo livre do tipo texto (sem padrão).

#### **4.3.5 Avaliar UP**

O protocolo orienta e descreve técnicas para mensurar área, descolamento e profundidade da UP. Ele indica que o enfermeiro individualize a UP por categoria (I, II, III, IV, inclassificável ou suspeita de lesões nos tecidos profundos) e prescreva o tratamento (desbridamento mecânico e curativo). O protocolo define o médico para realizar tratamento cirúrgico, mas não define o local (leito ou bloco cirúrgico).

O Custeio Baseado em Atividades mostra que, na UTI-Adulto e na UCP, o enfermeiro mensura a UP por meio de observação. A UP é classificada em uma categoria (I, II, III, IV ou não estádiável), mas não é realizada a prescrição do tratamento. No momento da avaliação, o enfermeiro decide e já executa (escarificação, desbridamento mecânico, desbridamento cirúrgico no leito e curativo). Se o desbridamento cirúrgico for profundo, o enfermeiro solicita ao médico que execute. O médico executa o desbridamento no leito ou solicita interconsulta para o cirurgião plástico. O cirurgião plástico avalia a UP e decide se vai realizar desbridamento (no bloco cirúrgico ou no leito) ou cirurgia para fechar UP (no bloco cirúrgico). Se for utilizar o bloco cirúrgico, o cirurgião plástico faz o agendamento da sala cirúrgica.

O protocolo sugere os seguintes exames: albumina sérica; proteínas totais; colesterol total; triglicérides; creatinina; contagem de linfócitos totais; peso corporal; índice de massa corporal; prega tricipital; circunferência do braço; aspirado por agulha com 1 ml de solução salina estéril do leito da UP; cultura da biópsia profunda da UP; cultura de curetagem do leito da UP; hemoculturas (anaeróbios e/ou aeróbios); biópsia óssea com histopatológico e cultura na suspeita de osteomielite (padrão ouro); colorações (Gram, BAAR) e culturas (aeróbios, anaeróbios, microbactérias); radiografia: gás em partes moles, reação periosteal, nova formação óssea heterotrófica, osteomielite, lesões líticas (raras nas osteomielites associadas com UP). A coleta por swab não é recomendada para fins diagnósticos de infecção em feridas, nem para condutas clínicas, nem para avaliação epidemiológica.

Como critério de infecção em longa permanência, o protocolo sugere secreção purulenta presente na ferida ou no mínimo quatro dos seguintes critérios: febre > 38°C; calor localizado; hiperemia; edema localizado; sensibilidade ou dor aumentada; drenagem serosa; piora mental – principalmente confusão – ou motora.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto e na UCP o médico raramente solicita exame por causa de UP. Quando solicita, é cultura de fragmento ou swab da UP. Inchaço, vermelhidão, temperatura e secreção são os critérios de infecção avaliados. O médico raramente prescreve antibiótico por causa de UP. Os pacientes da UTI-Adulto e UCP utilizam antibiótico com frequência por outros motivos (alto risco de infecção urinária e ou pulmonar, por exemplo). O médico não indica cobertura/produto para curativo e só avalia UP quando a enfermagem solicita.

O protocolo sugere formulário de evolução do atendimento ao paciente portador de UP com os campos: fatores que levaram/contribuíram para o desenvolvimento da UP, número de feridas, localização, descolamento, tempo de existência da lesão, dor relacionada a lesão, risco segundo REB e categoria da ferida. Além disso, sugere ficha de avaliação periódica do paciente portador de UP com os campos: localização da lesão, características da lesão e produto utilizado.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que, na UTI-Adulto e na UCP, o enfermeiro evolui a lesão na evolução diária que ele faz no SIGH. Essa evolução não possui campos estruturados relacionados à UP. Os enfermeiros registram as informações de UP em campo livre do tipo texto (sem padrão).

#### **4.3.6 Solicitar material especial para curativo**

O protocolo não classifica material especial, não fala de autorização para dispensação de produto/cobertura e não cita Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que o HJXXIII possui uma lista de materiais especiais, que está no **Erro! Fonte de referência não encontrada..** Esses materiais precisam de autorização para dispensação. A autorização é dada pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões do HJXXIII (em dias úteis, das 07h00 às 16h00). Muitas vezes, o enfermeiro da Comissão não avalia a UP para aprovar ou discutir o tratamento. Normalmente existe sobra de material na UTI-Adulto e na UCP porque o tamanho da cobertura é maior que a lesão do paciente, por exemplo. Essa sobra é utilizada no paciente ou em outro paciente. Este último só acontece na UCP. A solicitação do material é feita no SIGH utilizando nome do produto diferente dos identificados no custeio e no protocolo.

#### **4.3.7 Monitorar farmacoterapia**

O protocolo orienta que o farmacêutico avalie e acompanhe a farmacoterapia instituída, levante e monitore as possíveis interações medicamentosas e problemas relacionados a medicamentos, incluindo nessas considerações observações específicas entre curativos e o plano farmacoterapêutico.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que a dispensação de material para curativos de UP é feita avaliando-se apenas autorização da CPTL (se for material especial) e cota fixa do setor (material especial e não especial).

#### **4.3.8 Realizar curativo**

O protocolo clínico orienta que o enfermeiro prescreva o curativo utilizando a ferramenta TIME e as coberturas e produtos padronizados na FHEMIG, conforme Quadro 9. O curativo pode ser realizado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem.

O custeio ABC mostra que na UTI-Adulto e na UCP o curativo é definido (sem prescrição) considerando: (1) motivo do novo curativo (troca programada, diarreia); (2) grau da UP; (3) existência de material especial no setor; (4) disponibilidade de material no HJXXIII; (5) horário de funcionamento da CPTL e (6) características da UP. O

Quadro 10 e o Quadro 11 mostram como é definido o curativo na UTI-Adulto e na UCP.

Na UTI-Adulto, o enfermeiro sempre define e realiza curativo em UP grau III e IV e curativo que utiliza material especial. O técnico de enfermagem pode definir e realizar curativo que não utiliza material especial em UP grau I, II ou curativo de prevenção. Na UCP, enfermeiro sempre define e realiza curativo programado. Técnico de enfermagem pode definir e realizar curativo não programado (independentemente do material utilizado ou grau da UP).

O protocolo não descreve combinação de produtos. O Custeio Baseado em Atividades mostra que o curativo com material especial em UP grau III e IV sempre utiliza mais de um produto. Na UTI-Adulto, isso também acontece para curativo em UP grau II. A característica TIME Borda de lesão prejudicada não aparece no custeio baseado em atividades. Ela não possui indicação de cobertura ou produto no protocolo. Na UCP, a característica exsudato não aparece para definir curativo em UP grau III ou IV com material especial. Na UTI-Adulto, a característica odor aparece para definir curativo em UP grau II, III ou IV com material especial.

Na UCP, apenas a característica necrose define o curativo da UP grau III ou IV sem material especial. Na UTI-Adulto, quando não há material especial utiliza-se AGE em UP grau II, III ou IV, granulada e sem sinal de infecção. O protocolo indica AGE apenas para pele intacta. Na UCP, se a UP for não estadiável, sempre é utilizado colagenase + sulfadiazina de prata. Na UTI-Adulto, utiliza colagenase ou askina+filme. Este último se for o início da necrose da UP não estadiável. O protocolo orienta curativo para necrose independentemente da classificação da UP.

Na UCP, o curativo definido para UP grau II é mais parecido com os definidos para UP grau I ou prevenção. Na UTI-Adulto o curativo definido para UP grau II é mais parecido com os definidos para UP grau III ou IV. Se tiver Cavilon, a UCP utiliza-o em lesão peniana, grau I ou II. O protocolo indica não utilizar solução protetora cutânea spray em pele não íntegra.

O protocolo orienta utilizar filme de poliuretano em proeminências ósseas (Supino: processos espinhosos, cotovelo, tuberosidades ísquias, joelho, maléolo lateral. Prona: occipital, escapular, crista ílfaca, sacral, trocânter maior, crural, fossa poplítea, sural, calcanhar). Para o paciente desnutrido, desidratado, emagrecido e com alto risco de desenvolver UP, o protocolo orienta utilizar espuma de poliuretano simples.

Na UTI-Adulto, é utilizado Cavilon ou Askina+ filme de poliuretano ou apenas filme de poliuretano nas proeminências ósseas: sacral, trocantérica esquerda, trocantérica direita, escapular, calcâneo direito, calcâneo esquerdo, maléolo direito e maléolo esquerdo. Na UCP é utilizado Cavilon ou Askina+ filme de poliuretano ou apenas filme de poliuretano nas proeminências ósseas: sacral, calcâneo direito, calcâneo esquerdo, cotovelo direito e cotovelo esquerdo e occipital. Estes são conhecidos como curativos de prevenção. Se houver material disponível, são realizados em todos os pacientes da UTI-Adulto e UCP.

Alguns produtos indicados no protocolo não foram identificados no Custeio Baseado em Atividades e vice-versa. Talvez porque o protocolo utilize o nome da substância ativa ao invés de nome comercial. Não aparecem no custeio baseado em atividades: creme hidratante de ureia, espuma de poliuretano, espuma de poliuretano impregnada com ibuprofeno, espuma de poliuretano impregnada com íons de prata, filme transparente placa, placa de colágeno e alginato de cálcio, prata nanocristalina, protetor cutâneo creme barreira e solução protetora cutânea spray. Não aparecem no protocolo: fibracol, melolim, aquacel, sulfadiazina de prata, askina, acticoat, petrolatum e cavilon. O Custeio Baseado em Atividades mostra que alguns produtos indicados no protocolo são pouco usados. Alginato de cálcio raramente é utilizado na UTI-Adulto e UCP. Hidrocoloide e hidrogel raramente são utilizados na UCP.

O protocolo orienta que o enfermeiro defina a frequência de troca do curativo de acordo com cada caso e tipo de cobertura e produto. O Custeio Baseado em Atividades mostra que a frequência de troca é padrão, por tipo de material utilizado (especial ou não) e pelo grau da UP. Na UTI-Adulto, curativos com material especial em UP grau II, III ou IV possuem frequência de troca a cada 3 dias, e curativos em UP grau I ou de prevenção a cada 3 dias. Na UCP, curativos em UP grau III ou IV possuem frequência de troca a cada 3 dias, e curativos em UP grau I, II ou de prevenção a cada 7 dias. Curativos com sulfadiazina de prata são trocados a cada 12 horas, na UTI-Adulto e UCP.

Na UTI-Adulto e na UCP, a data da realização do curativo e o material utilizado são escritos em todos os curativos, pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem. Além disso, a UTI-Adulto escreve a data de troca do curativo. O curativo é registrado na evolução diária que o enfermeiro faz no SIGH. Essa evolução não possui campos estruturados relacionados à UP. Os enfermeiros registram as informações de UP em campo livre do tipo texto (sem padrão).

**Quadro 9 - Prescrição de curativo conforme o protocolo clínico**

TIME	Cobertura e produtos padronizados na FHEMIG		
	Indicação	Descrição	
Pele intacta	Manutenção da integridade da epiderme; hidratação de pele íntegra	Indicar AGE ou creme hidratante de ureia	
	Prevenção de UP I	Indicar filme transparente rolo	Pode ser utilizado como cobertura secundária
	Fase de epitelização	Indicar filme transparente placa	Pode ser utilizado como cobertura secundária
	Proteção contra fluidos corporais	Indicar protetor cutâneo creme barreira	
	Proteção contra fluidos corporais e adesivos	Indicar solução protetora cutânea spray	

(continua)

(conclusão)

TIME	Cobertura e produtos padronizados na FHEMIG		
	Indicação	Descrição	
Tecido inviável ou deficiente	Tecido necrótico	Indicar collagenase	
	Tecido necrótico	Indicar hidrocoloide placa	
	Tecido necrótico com ou sem infecção	Indicar hidrogel	
	Crostras e tecido desvitalizado; proteção de tecido de granulação	Indicar hidrogel com alginato	
Infecção da ferida	Alta exsudação e odor	Indicar espuma de poliuretano com íons de prata	
	Perda parcial e total do tecido	Indicar pratananocristalina	
Desequilíbrio de umidade	Ferida exsudativa	Indicar placa de colágeno e alginato de cálcio	
	Não infectada com pouco a moderado exsudato	Indicar hidrocoloide placa	
	Paciente com restrição a cobertura adesiva	Indicar espuma de poliuretano impregnada com ibuprofeno	
	Ferida exsudativa	Indicar espuma de poliuretano	
	Exsudato de moderado a grande quantidade (com ou sem infecção); UP III ou IV	Indicar alginato de cálcio e sódio	
Borda de lesão prejudicada			
	Redução de pressão nos tecidos	Indicar espuma de poliuretano	
	Feridas com presença de cavidades (utilizada como enchimento)	Indicar espuma de poliuretano	
	Cavidade sangrante (com ou sem infecção); UP III ou IV	Indicar alginato de cálcio e sódio	
	Feridas que requeiram reparação tecidual tanto em lesões agudas como em crônicas	Indicar placa de colágeno e alginato de cálcio	

Fonte: Dados da Pesquisa.



Quadro 10 - Definição de curativo na UTI-Adulto

Grau da UP e disponibilidade de material especial	Característica da UP		Curativo	
UP grau II, III ou IV com material especial	Sem necrose, com pouco esfacelo e iniciando granulação	Não possui infecção e não possui exsudato	Utiliza fibracol + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Possui infecção e não possui exsudato	Utiliza fibracol + aquacel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Possui infecção e possui exsudato	Utiliza fibracol + acticoat + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
	Infectada com muito exsudato	Sem odor	Utiliza aquacel + hidrogel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Sem odor e com necrose	Utiliza aquacel + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Sem odor e com necrose amarelada	Utiliza aquacel + hidrogel com alginato + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Com odor	Utiliza acticoat + hidrogel com alginato + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Com odor e pouca necrose	Utiliza acticoat + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Com odor e com necrose	Utiliza acticoat + hidrogel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
	Granulada	Sem sangramento e seca	Utiliza hidrocoloide + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
		Com sangramento	Utiliza petrolatum + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
	UP grau II, III ou IV sem material especial	UP pequena ou grande, granulada e sem sinal de infecção		Utiliza gaze + micropore ou esparadrapo ou atadura
		UP pequena ou grande, granulada e sem sinal de infecção	Tem AGE	Utiliza AGE + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura
UP grande com necrose			Utiliza collagenase + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	
UP grande com necrose e sem secreção			Utiliza hidrogel + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	
UP grande com sinal de infecção			Utiliza sulfadiazina de prata + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	

(continua)

(conclusão)

<b>Grau da UP e disponibilidade de material especial</b>	<b>Característica da UP</b>		<b>Curativo</b>
Não estadiável	Início da necrose		Utiliza askina + filme
			Utiliza collagenase + gaze aberta + esparadrapo ou atadura
UP grau I ou área que necessita de prevenção	Tem cavilon		Utiliza cavilon
	Tem askina		Utiliza askina e filme
			Utiliza filme

Fonte: Dados da Pesquisa.

**Quadro 11 - Definição de curativo na UCP**

<b>Grau da UP e disponibilidade de material especial</b>	<b>Característica da UP</b>	<b>Curativo</b>
UP grau III ou IV com material especial	Limpa (sem necrose e sem infecção)	Utiliza fibracol + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura
	Pouca necrose e pouca infecção	Utiliza fibracol + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura
	Com necrose	Utiliza hidrogel com alginato + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura
	Com infecção	Utiliza acticoat + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura
UP grau III ou IV sem material especial	Com necrose	Utiliza collagenase e sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo ou atadura
	Sem necrose	Utiliza sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo ou atadura
Não estadiável		Utiliza collagenase + sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo ou atadura
UP grau I, II ou área que necessita de prevenção	Orelhas ou lesão peniana	Utiliza cavilon
	Tem askina	Utilizar askina e filme
	UP grau II e tem AGE	Utilizar AGE + melolim + gaze aberta + esparadrapo
		Utilizar filme

Fonte: Dados da pesquisa.

**4.3.9 Realizar medidas preventivas com a pele**

O protocolo orienta manter a pele limpa e seca. Em caso de incontinência urinária ou fecal, utilizar protetor cutâneo creme barreira. Como agente preventivo e somente em pele íntegra, o protocolo orienta utilizar solução protetora cutânea em creme, AGE ou creme hidratante de ureia em pele íntegra.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto e na UCP a pele de todo paciente é limpa e seca no banho (1 vez a cada 24 horas) e na troca de fralda (5 vezes a cada 24 horas). A hidratação da pele acontece logo após o banho. Na UTI-Adulto é utilizado creme hidratante trazido por familiar ou AGE. Na UCP, são utilizados creme hidratante trazido por familiar, óleo mineral e/ou AGE. O HJXXIII não fornece creme hidratante. Não foram identificados no custeio protetor cutâneo creme barreira, solução protetora cutânea em creme e creme hidratante de ureia.

#### ***4.3.10 Implementar uso adequado de dispositivos e superfícies redutoras de pressão***

O protocolo orienta uso de colchões feitos de gel, espuma, ar ou água, piramidal ou pneumático ou uma combinação destes. Almofadas, travesseiros ou cunhas de espuma entre tornozelos e joelhos, quando o paciente não tiver mobilidade para essas áreas.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto é utilizado o colchão Hill Rom, e na UCP o colchão caixa de ovo (sem frequência definida de troca). O HJXXIII não compra colchão pneumático. Na UCP existem cinco colchões pneumáticos, que foram adquiridos por doação. Na UTI-Adulto e na UCP, é utilizada almofada (pedaços de colchão caixa de ovo) nos calcanhares, cotovelos, cabeça e meio das pernas de todos os pacientes. Na UTI-Adulto o fisioterapeuta faz e coloca arquinho e coxim em paciente traqueostomizado (pelo menos uma vez a cada 24 horas). Na UCP, acontece o mesmo, porém alguns enfermeiros pedem aos fisioterapeutas para não utilizarem arquinho ou coxim de esparadrapo, porque pode cortar o paciente.

#### ***4.3.11 Planejar a assistência de enfermagem***

O protocolo orienta o enfermeiro a planejar a assistência de enfermagem com a participação do técnico de enfermagem. O Custeio Baseado em Atividades não mostra essa atividade na UTI-Adulto e UCP.

#### **4.3.12 Planejar junto à equipe multiprofissional as medidas preventivas**

O protocolo orienta a avaliação periódica nutricional. O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto e na UCP essa avaliação acontece somente para paciente que possui risco nutricional (identificado na triagem nutricional ou pela equipe multiprofissional do setor). Muitas vezes, paciente com risco nutricional não é avaliado diariamente por falta de profissional da área de nutrição.

O protocolo não orienta necessidades calóricas e proteicas para definição do plano nutricional. O Custeio Baseado em Atividades mostra: (1) necessidade calórica em terapia intensiva e em paciente estável; (2) necessidade proteica em terapia intensiva, recuperação nutricional e obesidade; (3) necessidade de água; (4) necessidade calórica e proteica em situações especiais – paciente queimado e/ou com UP e (4) adequações de ajuste de peso – obesidade, desnutrido grave, amputação.

O protocolo orienta a equipe de enfermagem, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional a planejar o posicionamento do paciente e a mudança de decúbito (sempre evitando arrastar o paciente sobre o lençol). O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto e na UCP o enfermeiro ou técnico de enfermagem realiza posicionamento funcional, mudança de decúbito e manobra descompressiva. Alguns pacientes pesados são arrastados no lençol por falta de força da equipe de enfermagem. O fisioterapeuta realiza o posicionamento funcional. UTI-Adulto e UCP não possuem fisioterapia motora e terapeuta ocupacional. Cada leito possui um relógio que orienta a posição do paciente a cada 2 horas. Porém, mudança de decúbito, manobra descompressiva e posicionamento funcional acontecem sem planejamento (sem horário e sem frequência definida). Sempre é considerado se o paciente possui restrição de movimento, imposta pelo médico, devido a quadro clínico grave.

#### **4.3.13 Realizar medidas educativas e participar de capacitação**

O protocolo orienta desenvolver, implantar e acompanhar programas de educação permanente para os profissionais envolvidos, pacientes e familiares, abordando medidas de prevenção, mecanismo de formação de lesões, fatores

predisponentes, tratamento de lesões existentes, entre outros. Esse programa de educação deve acontecer periodicamente e continuamente.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que acontece treinamento informal de profissionais durante o atendimento do paciente. Na UTI-Adulto e na UCP, na avaliação da UP ou troca de curativo, é comum a orientação de um enfermeiro para outro enfermeiro ou técnico de enfermagem. O enfermeiro da UCP também orienta o fisioterapeuta a não utilizar esparadrapo para fazer arquinho e coxim (redutores de pressão). O Custeio Baseado em Atividades não mostra treinamento para paciente e familiar.

#### **4.3.14 Realizar avaliação médica**

O protocolo orienta que o médico realize o tratamento clínico e cirúrgico, solicite exames (se o risco do paciente é de moderado a alto ou se possui UP), avalie score clínico para infecção, prescreva antibioticoterapia (se necessário), realize o manejo da dor, indique produto adequado para curativo e solicite interconsulta (se necessário).

O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto e na UCP a única atividade do médico relacionada à UP é a prescrição de mudança de decúbito ou manobra descompressiva.

Caso a enfermeira solicite avaliação da UP, o médico avalia a UP (realiza o desbridamento cirúrgico no leito ou solicita interconsulta para o cirurgião plástico, se necessário). O cirurgião plástico avalia a UP e decide se vai realizar desbridamento (no leito ou no bloco cirúrgico) ou cirurgia para fechar UP (no bloco cirúrgico). Se for utilizar o bloco cirúrgico, o cirurgião plástico faz o agendamento da sala cirúrgica. O médico raramente solicita exame por causa de UP. Quando solicita, é cultura de fragmento ou swab da UP. Inchaço, vermelhidão, temperatura e secreção são os critérios de infecção avaliados. O médico raramente prescreve antibiótico por causa de UP. Os pacientes da UTI-Adulto e UCP utilizam antibiótico com frequência por outros motivos (alto risco de infecção urinária e ou pulmonar, por exemplo). O médico não indica cobertura/produto para curativo.

#### **4.3.15 Realizar desbridamento ou cirurgia para fechar UP**

O protocolo orienta avaliação do paciente no pré-operatório, colchão de redistribuição de pressão e posicionamento no perioperatório. O Custeio Baseado em Atividades mostra que no desbridamento ou cirurgia para fechamento de UP, ambos no bloco cirúrgico do HJXXIII, não é realizada nenhuma medida preventiva de UP.

O Custeio Baseado em Atividades mostra que, após o desbridamento ou cirurgia para fechar UP no bloco cirúrgico, o médico utiliza curativo com gaze, óleo mineral ou sulfadizina de prata. Não são utilizados materiais especiais.

#### **4.3.16 Contribuir na reabilitação/deambulação**

O protocolo orienta que o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional contribuam na reabilitação/deambulação do paciente. O Custeio Baseado em Atividades mostra que na UTI-Adulto e na UCP o fisioterapeuta realiza o posicionamento funcional e coloca coxim e arquinho para redução de pressão. Esses setores não possuem fisioterapia motora e terapeuta ocupacional.

#### **4.3.17 Realizar atendimento social**

O protocolo orienta que o assistente social participe do processo de desospitalização, fazendo contato com unidade de saúde de referência e atendendo familiar para elaboração de plano de cuidado pós-alta.

O Custeio Baseado em Atividades não mostra atividade de assistente social relacionada à UP na UTI-Adulto e na UCP. O paciente, quando recebe alta na UTI-Adulto e na UCP, vai para outro setor ou hospital.

#### **4.3.18 Realizar atendimento psicológico**

O protocolo orienta que o psicólogo realize o atendimento do paciente e familiar, objetivando a minimização dos problemas relacionados a baixa autoestima, sensação de impotência, alteração na percepção corporal, entre outros. O Custeio Baseado não mostra atividade de psicólogo relacionada à UP na UTI-Adulto e UCP.

## 5 CONCLUSÃO

Após mapear os processos do Protocolo 13 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão (da FHEMIG), realizar o Custeio Baseado em Atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP (do HJXXIII) e compará-los, concluiu-se que o Protocolo Clínico e o Custeio Baseado em Atividades são complementares na compreensão do Tratamento da Úlcera por Pressão na FHEMIG.

O Protocolo Clínico atua como uma referência (ou modelo) de como deveria ser o Tratamento da Úlcera por Pressão. O Custeio Baseado em Atividades atua como um retrato (ou espelho) de como é o Tratamento da Úlcera por Pressão. O Protocolo Clínico reflete evidências científicas, e o Custeio Baseado em Atividades reflete vivências de pessoas que estão diretamente envolvidas no cenário.

De acordo com Woolf et al. (1999), protocolos clínicos são recomendações elaboradas de forma sistemática para auxiliar as decisões do profissional de saúde e do paciente acerca dos cuidados mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas. Nakagawa (2001) afirma que o principal papel do ABC é o de espelhar as operações de uma empresa com a maior fidelidade e clareza possível, de modo a comunicar as causas e taxas de consumo de recursos em seus principais processos de negócios.

Para Ribeiro (2010), o protocolo clínico tem como objetivo homogeneizar condutas, tornando-as mais efetivas e com custos mais razoáveis. O Custeio Baseado em Atividades foi realizado com pessoas que participam do processo (entrevistas e grupos focais) e no ambiente em que o processo é executado (observações). Os participantes alertaram que o ABC realizado nesta pesquisa pode ser diferente de um ABC realizado com outros participantes no mesmo local (UTI-Adulto e UCP do HJXXIII). Isso sinaliza baixo domínio de processos. O protocolo estudado não descreve estratégias de implementação.

Ao comparar o Protocolo Clínico e o Custeio Baseado em Atividades, foi possível identificar um desvio entre o planejado (protocolo clínico) e o realizado (Custeio Baseado em Atividades). O ajuste nesse desvio está no intervalo que vai desde a adequação do protocolo para a realidade da instituição até a capacitação dos envolvidos. Os resultados deste trabalho permitem aos gestores identificarem mais assertivamente os pontos de atuação para a realização do ajuste.

Werneck, de Faria e Campos (2009) lembram a limitação dos protocolos clínicos, já que eles podem não oferecer alternativa para situações imprevistas. Além disso, quando os protocolos respondem de forma satisfatória, corre-se o risco de que eles se tornem “a única solução”, gerando um clima de acomodação dos profissionais em relação à renovação do conhecimento e reposições tecnológicas, levando à apatia nociva no processo de trabalho (WERNECK; DE FARIA; CAMPOS, 2009).

O mapeamento de processos foi fundamental para o entendimento do Protocolo Clínico. O Protocolo 13 é composto de seções de texto (material necessário, pessoal necessário, atividades essenciais, itens de controle, referências, anexos e apêndices). As informações de uma atividade ou processo estão dispersas em várias seções do protocolo. Na validação do mapeamento, os participantes identificaram pontos de melhoria no Protocolo 13 que ainda não tinham sido identificados. Isso confirma o potencial do mapeamento de processos na melhoria contínua.

Por causa da disponibilidade e comprometimento dos profissionais, a coleta de dados e a validação demoraram mais do que o programado. Talvez em um cenário em que o custeio ABC é patrocinado pela alta gestão, esse problema não aconteça. Por outro lado, alguns participantes explicitaram conforto ao descrever cenários que eles executam, mas consideram inadequados somente porque esta pesquisa não está associada à alta gestão da instituição. Isso mostra que a cultura da gestão estratégica de custos precisa continuar sendo trabalhada no HJXXIII.

O Custeio Baseado em Atividades mostrou detalhadamente processos, relacionamentos, pontos de decisão, atividades e envolvidos. Além disso, exibiu os recursos consumidos em toda atividade/processo e o custo de toda atividade/processo. UTI-Adulto e UCP apresentaram diferenças no mapeamento e no custo das atividades/processos. UTI-Adulto e UCP possuem valor médio do minuto trabalhado diferentes para um mesmo tipo de profissional. Isso mostra que mapeamento e custo devem ser complementares na comparação do Custeio Baseado em Atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI-Adulto e na UCP.

Espera-se que os resultados gerados por esta pesquisa apoiem a gestão do HJXXIII e da FHEMIG na identificação de atividades e processos estratégicos. Isso pode orientar indicadores, escopo de Custeio Baseado em Atividades, priorização de requisitos do SIGH (da FHEMIG) e outras tomadas de decisão. Além disso, existe a expectativa de que os resultados deste trabalho contribuam para a atualização do Protocolo 13 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão (da FHEMIG). Por fim, mas



não menos importante, espera-se que os resultados desta pesquisa impactem positivamente a qualidade do atendimento ao paciente.

A contribuição deste trabalho é reforçada pela falta de referencial teórico sobre o uso, em conjunto, do Protocolo Clínico e do Custeio Baseado em Atividades. A não utilização dos custos indiretos no custeio das atividades/processos e a impossibilidade de generalizar os resultados são limitadores desta pesquisa. Assim, sugere-se para trabalhos futuros avaliar o uso, em conjunto, do Protocolo Clínico (inclusive informatizado) e do Custeio Baseado em Atividades em outros processos.

Propõe-se também, para outras pesquisas, avaliar a coleta de dados para o ABC de forma descentralizada (várias pessoas em vários momentos), informatizada (em sistemas de informação) e transparente (sem perceber). A ideia é que todo participante do processo registre dados para o ABC infiltrados nos dados já lançados rotineiramente. Por exemplo, ao registrar a evolução diária, o enfermeiro deve informar as atividades realizadas e os recursos consumidos.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação de mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

ABBAS, K. et al. **Custeio Baseado em Atividades para Organizações Hospitalares** – uma Aplicação no Serviço de Densitometria Óssea do Hospital de São João Batista. IX. ed. Florianópolis: Congresso Internacional de Custos, 2005.

ABBAS, K.; LEZANA, DR., Á. G. R. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2001.

ADRATT, E.; JÚNIOR, L. M. D. L.; BARRA, C. M. C. M. Guidelines: Fundamentos Teóricos e Evolução Tecnológica dentro da Medicina. In: \_\_\_\_\_ **IX Congresso Brasileiro Informática em Saúde (CBIS)**. [S.l.]: [s.n.], 2004.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Template of Guideline Attributes. **National Guideline Clearinghouse**, 2016. Disponível em: <<http://www.guideline.gov/about/template-of-attributes.aspx>>. Acesso em: jul. 2016.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. National Guideline Clearinghouse. **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2016. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/ngc/national-guideline-clearinghouse.html>>. Acesso em: jul. 2016.

AGREE. Guidelines Resource Centre. **AGREE - Advancing the science of practice guidelines**, 2003. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org/resource-centre/guideline-resource-centre/>>. Acesso em: maio 2016.

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. AGREE Next Steps Consortium. **The AGREE II Instrument**, 2009. Disponível em: <[http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_Users\\_Manual\\_and\\_23-item\\_Instrument\\_ENGLISH.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Users_Manual_and_23-item_Instrument_ENGLISH.pdf)>. Acesso em: 2016.

AMB. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira**. 2005. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/>>. Acesso em: maio 2016.

ARAÚJO, Antonia Almeida; SANTOS, Ariane Gomes dos. Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva&58; revisão integrativa da literatura &61; Pressure ulcers in patients in intensive care units&58; integrative literature review. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 38-48, 2016.

BAKER, J. J. **Activity based costing and activity based management for health care**. Maryland: Aspen, 1998.

BALDOINO, E.; BORBA, J. A. A história dos últimos dez anos do ABC/M contada pelas revistas internacionais: uma promessa que (não) evoluiu. In: \_\_\_\_\_ **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011.

BEM. **Boletim Executivo Mensal da FHEMIG**, 2016.

BIBLIOTECA Virtual em Saúde. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0816\\_31\\_05\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0816_31_05_2005.html)>. Acesso em: maio 2016.

BJORNENAK, T.; MITCHELL, F. The development of activity-based costing journal literature. **European Accounting Review**, v. 11, n. 3, p. 481-508, 2002.

BORNIA, A. C. **Apostila de custos industriais**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

BORNIA, A. C. **Análise gerencial de custos em empresas modernas**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

BOURRÉE, F.; MICHEL, P.; SALMI, L. R. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. **Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique**, v. 56, n. 6, p. e13-e21, 2008.

BRIMSON, J. A. **Contabilidade por atividade: uma abordagem de custeio baseado em atividade**. São Paulo: Atlas, 1996.

BROWMAN, G. P.; SNIDER, A.; ELLIS, P. Negotiating for change. The healthcare manager as catalyst for evidence-based practice: changing the healthcare environment and sharing experience. **Healthc Pap**, 2003. 10-22.

BRUNI, L. A.; FAMÁ, R. **Gestão de custos e formação de preços com aplicações da calculadora HP12C e Excel**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BURD, C. Epidemiology of pressure ulcers in a skilled care facility. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 18, n. 9, p. 29-39, 1992.

CASABURI, Paula Regina; WESTIN, Úrsula Marcondes; ZEM-MASCARENHAS, Sílvia Helena. Elaboração e avaliação de conteúdo educacional sobre Úlceras por Pressão. **Journal of Health Informatics**, v. 4, 2012.

CEBM. CEBM Levels of Evidence Table. **CEBM Centre for Evidence-Based Medicine**, 2001. Disponível em: <<http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

CHING, H. Y. **Gestão baseada em custeio por atividades**. Activity Based Management. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

CLIFFORD, G. Ten trends in health technology assessment affecting the development and difusion of advanced health care technologies. In: \_\_\_\_\_ **World Congress on Biomedical Engineering and Medical Physics**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Clinical Practice Guidelines. **Open Clinical**, 2016. Disponível em: <<http://www.openclinical.org/guidelines.html#fieldandlohr>>. Acesso em: maio 2016.

COCHRANE. Cochrane. **Cochrane**, 2016. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/>>. Acesso em: jul. 2016.

COGAN, S. **Modelos de ABC/ABM**: inclui modelos resolvidos e metodologia original de reconciliação de dados para o ABC/ABM. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

COMMITTEE TO ADVISE THE PUBLIC HEALTH SERVICE ON CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IOM. **Clinical practice guidelines**: directions for a new program. Washington: National Academy Press, 1990.

CONITEC. Protocolos e Diretrizes. **CONITEC**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2016. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>>. Acesso em: maio 2016.

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DE SÃO PAULO. **Custo como ferramenta gerencial**. São Paulo: Atlas, 1995.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil de 1988. **Presidência da República Casa Civil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>.

CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA, NÚCLEO DA SAÚDE. **A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde - SUS.** CÂMARA DOS DEPUTADOS. Brasília. 2013. (NT12).

CVM. **Deliberação CVM n. 29/86.** Estrutura conceitual básica da contabilidade. [S.l.]: Comissão de Valores Mobiliários - CVM, 1986.

DANTAS, D. V. ; TORRES, G. V.; DANTAS, R. A. N. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Rev Cienc Cuid Saúde**, v.10, n.2, p. 366-372, 2012.

DATASUS. Informações Financeiras. **Departamento de Informática do SUS - DATASUS**, 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=05>>. Acesso em: maio 2016.

DE FARIAS, Masterson Marian; MOREIRA, Daniel Medeiros. Impacto de Protocolo de Dor Torácica sobre a Adesão às Diretrizes Societárias: um ensaio clínico. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 5, p. 368-376, 2012.

DECRETO Nº 45.128, DE 2 DE JULHO DE 2009. **FHEMIG**. Disponível em: <[http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc\\_download/46-decreto-no-45128-de-2-de-julho-de-2009](http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/46-decreto-no-45128-de-2-de-julho-de-2009)>. Acesso em: maio 2016.

DECRETO no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa., Planalto, Presidência da República. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=7319](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=7319)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

DO CREMERS, ESPAÇO; DIRETRIZES, PROJETO. ARTIGO ESPECIAL Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, 2003.

DRUMOND, H. A. **Avaliação financeira do processo de transplantes de fígado em Minas Gerais:** um estudo do diálogo entre o custeio baseado em atividades e a teoria das restrições. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

ENDERS, B. C.; DAVIM, R. M. B. Elaboração de protocolos clínicos: problemas no uso da evidência. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 88-94, jul/dez 2003.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - EPUAP. PUAP-NPUAP Guidelines – 2009 Version & Translations. **EPUAP** - European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.epuap.org/guidelines/guidelines-old/>>. Acesso em: jul. 2016.

FASB. **Statements Financial Accounting Concepts**. [S.l.]: Financial Accounting Standards Board - FASB, v. 2, 1980.

FHEMIG. **Caderno de Protocolos Clínicos**. 2. ed. Belo Horizonte: FHEMIG, 2010.

FHEMIG. **Caderno de Protocolos Clínicos**. 3. ed. Belo Horizonte: [s.n.], v. 1, 2014.

FHEMIG. **Relatório de Gestão 2015**. FHEMIG. Belo Horizonte. 2015.

FHEMIG. Missão e Valores. **FHEMIG**, 2016. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/missao-e-valores>>. Acesso em: maio 2016.

FIOCRUZ. Dia Mundial de Prevenção de Úlcera por Pressão: Fiocruz lança vídeo sobre prevenção. **Portal FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/dia-mundial-de-prevencao-de-ulcera-por-pressao-fiocruz-lanca-video-sobre-prevencao>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2002.

FOUCAULT, M. História do Hospital Geral. In: FOUCAULT, M. **A História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva S. A, 1978. p. 585-600.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. *Organização e tradução de Roberto Machado*. Edições Graal. Rio de Janeiro: [s.n.], 1992.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GARRISON, R. H.; NOREEN, E. W. **Contabilidade Gerencial**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

GERAIS, A. D. M. Legislação Mineira. **Assembléia de Minas Gerais**, 2003.

Disponível em:

<<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&nu m=43676&comp=&ano=2003>>. Acesso em: maio 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C. A.; MEIRELLES, A. M. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998.

GONÇALVES, M. A. et al. Gestão da metainformação custos como indicador de resultados: o caso do Tribunal Regional Federal da 1ª Região do Brasil, 2011. **Anais do XII Congresso Internacional de Custos**. Punta del Leste: Aurco. 2011b.

GONÇALVES, M. A. et al. Gestão hospitalar: a aplicabilidade do sistema ABC. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. **RAHIS**, Belo Horizonte, v. 4, p. 73-86, 2010.

GONÇALVES, M. A. et al. O Modelo de Gestão FHEMIG e a Prestação de Contas ao Paciente: a implantação do sistema de custos hospitalares e o uso da informação de Custos como ferramenta gerencial da Transparência do Gasto Público. **2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um projeto possível. Belo Horizonte: UFMG. 2013. p. 1-21.

GONÇALVES, M. A. Sincronização de leitos hospitalares de um hospital de médio porte de acordo com os princípios da teoria das restrições. In: BORBA, V. R.; LISBOA, T. C.; ULHOA, W. **Gestão Administrativa e Financeira de Organizações de Saúde**. São Paulo: Atlas, v. 1, 2009. p. 111-130.

GONÇALVES, M. A.; CARVALHO, P. V.; REZENDE, B. M. **Teoria e prática na implementação do método de custeio ABC na produção**: um estudo de caso em uma grande empresa metalúrgica. XIII. ed. Bauru: SIMPEP, 2006.

GONÇALVES, M. A.; CHAVES, J. G.; ALEMÃO, M. M., Teixeira, M. R.; AZEVEDO, H.; DRUMOND, D. C. M. V. Observatório de Custos em Saúde – A implantação do Sistema de Gerenciamento dos Custos Hospitalares e o Uso da Metainformação Custo. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2011, 77-117.

GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, B. P.; ALEMÃO, M. M. Risco Operacional no Setor Saúde: Financiamento pelo SUS Paralelo aos Gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 14, n. 1, 2014.

GONÇALVES, M. A.; OLIVEIRA, M. A. G. Sincronização de Leitos Hospitalares de um Hospital de Médio Porte de Acordo com os Princípios da Teoria das Restrições.

**Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde.** São Paulo: Atlas, v. 1, 2009.

GONÇALVES, M. A.; ZAC, J. I.; DE AMORIM, C. A. Gestão estratégica hospitalar: aplicação de custos na saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 161-179, 2009.

GONÇALVES, M. A.; CHAVES, J. G.; ALEMÃO, M. M.; TEIXEIRA, M. R.; AZEVEDO, H.; DRUMOND, D. C. M. V. . Observatório de Custos em Saúde - A implantação do sistema de gerenciamento dos custos hospitalares e o uso da meta-informação custo. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, p. S76-S88, 2011a.

GONÇALVES, Márcio Augusto et al. Gestão Estratégica Hospitalar - A Aplicabilidade do Sistema ABC em um Bloco Cirúrgico. **RAHIS**, n. 4, 2010.

GRADE WORKING GROUP. GRADE. **GRADE**, 2016. Disponível em: <<http://gradeworkinggroup.org/>>. Acesso em: jul. 2016.

HANSEN, D. R.; MOWEN, M. M. **Cost management**. 2. ed. Cincinnati, Ohio: South-Western College Publications, 1997.

HANSEN, D. R.; MOWEN, M. M.; TAYLOR, R. B. **Gestão de Custos: contabilidade e controle**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

HEAMES, J. J. Information link up. **Nurs. Times**, v. 91, n. 22, p. 68, 1995.

HEYMANN, T. Clinical protocols are key to quality health care delivery. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 7, n. 7, p. 14-17, 1994.

HONG, Y. C. **Gestão baseada em custeio por atividades: custeio por atividades: ABM-activity based management**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

IESS. **Conjuntura - Saúde Suplementar**. 30. ed. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. São Paulo, 2016.

IOB. **Informações objetivas**. Belo Horizonte: IOB, v. Boletim 11/94, 1994.

JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. **British Medical Journal**, v. 311, n. 7001, p. 376-380, 1995.



KAPLAN, R. S.; COOPER, R. **Custo e desempenho** - administre seus custos para ser mais competitivo. São Paulo: Futura, 1998.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KLIEMANN, F. J. **Apostilas da disciplina de custos industriais**. [S.l.]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

KOCHER, B. Bob Kocher: on improving transparency, building value, and reaping the benefits of IT. Healthcare Financial Management: **Journal of the Healthcare Financial Management Association**, v. 67, n. 4, p. 64-68, 2013.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009.

LATSHAW, C. A.; CORTESE-D, T. M. Activity-Based Costing: Usage and Pitfalls. **Review of Business**, Jamaica, v. 23, n. 1, p. 30, 2002.

LAWTON, R.; PARKER, D. Procedures and the professional: the case of the British NHS. **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 3, p. 353-361, 1999.

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012. **Presidência da República - Casa Civil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

LEI nº 8080 de 19 de setembro de 1990. **Palácio Planalto Presidência da República**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LONG, A. F. Guidelines, protocols and outcomes. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 7, n. 5, p. 4-7, 1994.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-56, mar. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l3-cgceaf/11646-pcdt>>. Acesso em: maio 2016.

MURPHY, M. K. et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. **Health Technology Assessment**, v. 2, n. 3, p. 88, mar. 1998.

NAKAGAWA, M. **ABC Custeio Baseado em Atividades**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

NATIONAL Guideline Clearinghouse. **Agency for Healthcare Research and Quality**. Disponível em: <<http://www.guideline.gov/>>. Acesso em: May 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NPUAP. NEW 2014 Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. **National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP**, 2014. Disponível em: <<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. CEBM Levels of evidence. **CEBM - Centre for Evidence-Based Medicine**, 2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>. Acesso em: 2016.

PADOVEZE, C. L. **Curso básico gerencial de custos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de riscos para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, 1999.

PEREIRA FILHO, A. D.; AMARAL, H. F. A contabilidade de custos como instrumento de informação gerencial - um enfoque no sistema de custeio ABC. **Contab.Vista & Rev**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 3-14, 1998.

PLAYER, S. Activity-based analyses lead to better decision making. **Healthcare Financial Management**, Westchester, v. 52, n. 8, p. 66-70, aug 1998.

PNGC. **Programa Nacional de Gestão de Custos - Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia**. Brasília: Ministério da Saúde, v. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006.

PORTAL DA SAÚDE. **Base de Cálculo e Aplicação**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/NT-Base-C--lculo-Aplica---o.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **Consulta de despesa por fonte e RP**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consdespfonterpuf.php>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

PORTAL DA SAÚDE. Entenda o SUS. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: maio 2016.

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. **Biblioteca Virtual em saúde**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)> Acesso em: maio 2016.

PORTELA, M. C. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. In: SAÚDE, M. D. **Regulação e Saúde** - Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar. [S.l.]: [s.n.], v. 3, 2003. p. 177-210.

PROJETO Diretrizes. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/>>. Acesso em: 2016.

PROTOCOLOS. **Segurança do Paciente**. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/di-versos>>. Acesso em: Maio 2016.

RELATÓRIO Nº. 36601-BR. Brasil. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. 2007. **BANCO MUNDIAL**. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: maio 2016.

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade. **Rev Soc Bras Clín Méd**, v. 8, p. 350-355, 2010.

RUTTEN, Geert M. et al. Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit? **Physical therapy**, v. 90, n. 8, p. 1111-1122, 2016.

SANTOS, C. T. D. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 111-118, 2013.

SAÚDE, M. D. PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: maio 2016.

SAÚDE, M. D. Segurança do Paciente. **Anvisa**, 2013. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/di-versos>>. Acesso em: maio 2016.

SAÚDE, M. D. S. S. N. D. A. B. D. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: [s.n.], 1977.

SCHNEID, S. et al. Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. Evidence based clinical practice guidelines: the Grupo Hospitalar. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, abr/jun 2003.

SCHUE, R. M.; LANGEMO, D. K. Pressure Ulcer prevalence and incidence and a modification of Braden scale for rehabilitation unit. **J. Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 35, n. 1, p. 36-43, 1998.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-55, jan-jun 2007.

SHANK, J. K.; GOVINDARAJAN, V. **Gestão estratégica de custos: a nova ferramenta para a vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

SIGN - SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. Guideline Development in Fifty Easy Steps. **SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network**, 2015. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/50steps.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/conheca-o-sus>>. Acesso em: maio 2016.

SMITH, L. N. A critical of "at risk" pressure sore assessment tools. **J. Clin. Nurs.**, v. 4, n. 3, p. 153-159, 1995.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 498-506, 2005.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2007.

WADA, A.; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. **Revista Médica São Paulo**, p. 170-177, jul-dez 2010.

WERNECK, M. A. F.; DE FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado a saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2009.

WOOLF, S. H. et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **BMJ**, 1999. 527-530.

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YONASHIRO, L. T.; BONACIM, C. A. G. A influência dos protocolos clínicos na gestão de custos e inovação nos hospitais universitários brasileiros sob a perspectiva da economia dos custos de transação. In: CUSTOS, C. B. D. **XXII Anais do Congresso Brasileiro de Custos**. [S.l.]: [s.n.], 2014.

## APÊNDICE A – Carta-convite

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: O PROTOCOLO CLÍNICO E O CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES: UM ESTUDO DO PROCESSO DE TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO, NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG).

Nesta pesquisa pretende-se analisar como atuam Protocolo Clínico e Custeio Baseado em Atividades quando utilizados juntos na compreensão do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão, na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. O motivo que justifica este estudo é a importância do Protocolo Clínico e do Custeio Baseado em Atividades na gestão hospitalar.

Para esta pesquisa serão adotados os seguintes procedimentos:

( ) entrevistas semi estruturadas, grupos focais e painéis com especialistas para entendimento do Protocolo de Tratamento da Úlcera por Pressão, na FHEMIG;

( ) entrevistas semi estruturadas, grupos focais e painéis com especialistas para entendimento do Processo de Tratamento da Úlcera por Pressão, na UTI-Adulto e UCP do HJXXIII;

A participação neste estudo consiste apenas na disponibilidade de tempo do Sr.(a) para os procedimentos assinalados acima. Todas as entrevistas, grupos focais e painéis com especialistas acontecerão na FHEMIG.

O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

A participação não trará nenhum custo nem qualquer vantagem financeira, para o Sr.(a). A sua identidade será mantida em sigilo e nenhum conteúdo individual será divulgado.

Todas as entrevistas, grupos focais e painéis com especialistas serão gravados. Os dados coletados ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora utilizará os dados somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar desta pesquisa, o Sr.(a) deverá assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. O termo de consentimento será

impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Atenciosamente,

**Liliane Cristina Braga**

Pesquisadora e Mestranda em Administração / UFMG  
Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Email: liliane.braga@gmail.com

**Márcio Augusto Gonçalves, PhD**

Professor Orientador  
Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Avenida Antônio Carlos, 6627 – Edifício FACE  
Campus Pampulha – Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

**Comitê de Ética da FHEMIG**

Alameda Álvaro Celso, 100 – Belo Horizonte – Minas Gerais -Brasil

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar da pesquisa, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

### **Liliane Cristina Braga**

Pesquisadora e Mestranda em Administração / UFMG  
Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Email: liliane.braga@gmail.com

### **Márcio Augusto Gonçalves, PhD**

Professor Orientador  
Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Avenida Antônio Carlos, 6627 – Edifício FACE  
Campus Pampulha – Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

### **Comitê de Ética da FHEMIG**

Alameda Álvaro Celso, 100 – Belo Horizonte – Minas Gerais -Brasil



## APÊNDICE C – Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão

### Tabela 28 - Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UTI - Adulto

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	não se aplica	Observar a pele	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	5	Técnico de enfermagem UTI	1,21	12,10
			<b>Total</b>					<b>0,94</b>				
Avaliar a pele do paciente	não se aplica	Retirar curativos vencidos, danificados ou desconhecidos	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	5	Técnico de enfermagem UTI	1,21	12,10
			<b>Total</b>					<b>0,94</b>				
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Lavar área	1	10	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	7,30	2	40	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	76,00
			1	10	Técnico de enfermagem UTI	0,21	2,10	2	40	Técnico de enfermagem UTI	1,21	96,80
			0,05		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,07	0,2		PVPI degermante 100 ml	1,52	0,30
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	4		Soro fisiológico 500 ml	1,97	7,89
			5		Gaze pequena	0,03	0,17	4		Gaze aberta	0,66	2,64
			<b>Total</b>					<b>10,34</b>				
			<b>Total</b>					<b>183,63</b>				

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Escarificar UP	1	10	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	7,30	2	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	28,50
			1	10	Técnico de enfermagem UTI	0,21	2,10	2	15	Técnico de enfermagem UTI	1,21	36,30
			1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99	1		Lâmina bisturi 22	3,15	3,15
			<b>Total</b>					<b>12,39</b>	<b>Total</b>			
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Solicitar avaliação médica	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	14,25
			<b>Total</b>					<b>0,73</b>	<b>Total</b>			
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Avaliar UP - médico	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	5	Técnico de enfermagem UTI	1,21	12,10
			1	1	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	1,34	1	5	Médico em medicina intensiva UTI	2,00	10,00
			<b>Total</b>					<b>2,28</b>	<b>Total</b>			

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Realizar desbridamento no leito	1	30	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	21,90	1	90	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	85,50
			1	60	Técnico de enfermagem UTI	0,21	12,60	1	90	Técnico de enfermagem UTI	1,21	108,90
			1	60	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	80,40	1	90	Médico em medicina intensiva UTI	2,00	180,00
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54
			0,25		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,34	0,5		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,67
			0,25		Clorexedina alcoólica 100 ml	1,04	0,26	0,5		Clorexedina alcoólica 100 ml	1,04	0,52
			1,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	2,10	3		Soro fisiológico 100 ml	1,40	4,20
			2		Lidocaína - ampola de 5 ml	0,92	1,85	1		Fentanil	1,15	1,15
			1		Seringa 10 ml	0,13	0,13	1		Midazolam	1,04	1,04
			1		Agulha 25X8	0,23	0,23	2		Agulha 25X8	0,23	0,46
							2		Seringa 5 ml	0,09	0,19	
							1		Agulha 40X12	0,23	0,23	
					<b>Total</b>	<b>120,57</b>				<b>Total</b>	<b>384,40</b>	
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Solicitar interconsulta para cirurgia plástica	1	2	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	2,68	1	5	Médico em medicina intensiva UTI	2,00	10,00
					<b>Total</b>	<b>2,68</b>				<b>Total</b>	<b>10,00</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto										
			Mínimo					Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Realizar desbridamento mecânico	1	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	3,65	2	10	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	19,00	
			1	5	Técnico de enfermagem UTI	0,21	1,05	2	10	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20	
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	0,2		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,27	
			1		Soro fisiológico 100 ml	1,40	1,40	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97	
			1		Agulha 40X12	0,23	0,23	1		Agulha 40X12	0,23	0,23	
			5		Gaze pequena	0,03	0,17	10		Gaze pequena	0,03	0,34	
<b>Total</b>							<b>6,63</b>	<b>Total</b>					<b>46,01</b>
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Mensurar UP, por meio de observação	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50	
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	5	Técnico de enfermagem UTI	1,21	12,10	
			<b>Total</b>							<b>0,94</b>	<b>Total</b>		
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Classificar UP	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	2	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	3,80	
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	2	Técnico de enfermagem UTI	1,21	4,84	
			<b>Total</b>							<b>0,94</b>	<b>Total</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto										
			Mínimo					Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Solicitar material(s) especial(s), por paciente, no SIGH	1	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	3,65	1	8	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	7,60	
						<b>Total</b>	<b>4,59</b>					<b>Total</b>	<b>16,24</b>
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Telefonar para CPTL solicitando autorização	2	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	7,30	2	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50	
						<b>Total</b>	<b>7,30</b>					<b>Total</b>	<b>9,50</b>
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Avaliar solicitação de material especial	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	1,90	
						<b>Total</b>	<b>0,73</b>					<b>Total</b>	<b>1,90</b>
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Discutir tratamento com enfermeira solicitante	2	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	1,46	2	10	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	19,00	
						<b>Total</b>	<b>1,46</b>					<b>Total</b>	<b>19,00</b>
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Informar, em planilha compartilhada com a farmácia, que a dispensação do material(s) especial(s) está autorizada	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	1	2	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	1,90	
						<b>Total</b>	<b>0,73</b>					<b>Total</b>	<b>1,90</b>
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Dispensar material(s) especial(s) solicitado	1	1	Técnico em Farmácia	0,25	0,25	1	5	Técnico em Farmácia	0,39	1,95	
						<b>Total</b>	<b>0,25</b>					<b>Total</b>	<b>1,95</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Lavar a área	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Lavar a área	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	48,40
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	4		Soro fisiológico 500 ml	1,97	7,89
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	1,34
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	2		Gaze aberta	0,66	1,32
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54
						<b>Total</b>			<b>2,64</b>			<b>Total</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar fibracol + melolim +gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Fibracol 10,2 X 11,25cm	85,76	42,88	2		Fibracol 10,2 X 22,2 cm	144,50	289,00
			0,5		Melolim	2,63	1,32	3		Melolim	2,63	7,89
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,0029	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
			<b>Total</b>			<b>59,24</b>			<b>Total</b>	<b>365,56</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar fibracol + aquacel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Fibracol 10,2 X 11,25cm	85,76	42,88	2		Fibracol 10,2 X 22,2 cm	144,50	289,00
			0,5		Aquacel 15cm X 15cm	77,90	38,95	1		Aquacel 20cm X 30cm	169,97	169,97
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>	<b>96,88</b>			<b>Total</b>	<b>527,64</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar fibracol + acticoat + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Fibracol 10,2 X 11,25cm	85,76	42,88	2		Fibracol 10,2 X 22,2 cm	144,50	289,00
			0,5		Acticoat	60,72	30,36	3		Acticoat	60,72	182,16
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>	<b>88,29</b>			<b>Total</b>	<b>539,83</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar aquacel + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Aquacel 15cm X 15cm	77,90	38,95	1		Aquacel 20cm X 30cm	169,97	169,97
			0,5		Melolim	2,63	1,32	3		Melolim	2,63	7,89
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
			<b>Total</b>					<b>55,31</b>	<b>Total</b>			
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar aquacel + hidrogel+ gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Aquacel 15cm X 15cm	77,90	38,95	1		Aquacel 20cm X 30cm	169,97	169,97
			25		Hidrogel grama	0,40	9,99	50		Hidrogel grama	0,40	19,98
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
			<b>Total</b>					<b>63,99</b>	<b>Total</b>			

(continua)



(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar aquacel + hidrogel com alginato + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Aquacel 15cm X 15cm	77,90	38,95	1		Aquacel 20cm X 30cm	169,97	169,97
			25		Hidrogel com alginato grama	0,21	5,28	50		Hidrogel com alginato grama	0,21	10,56
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>		<b>59,28</b>				<b>Total</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar acticoat + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Acticoat	60,72	30,36	3		Acticoat	60,72	182,16
			0,5		Melolim	2,63	1,32	3		Melolim	2,63	7,89
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>		<b>46,72</b>			<b>Total</b>		<b>258,72</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar acticoat + hidrogel com alginato + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Acticoat	60,72	30,36	3		Acticoat	60,72	182,16
			25		Hidrogel com alginato grama	0,21	5,28	50		Hidrogel com alginato grama	0,21	10,56
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>	<b>50,69</b>			<b>Total</b>	<b>261,39</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar acticoat + hidrogel + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Acticoat	60,72	30,36	3		Acticoat	60,72	182,16
			25		Hidrogel grama	0,40	9,99	50		Hidrogel grama	0,40	19,98
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>	<b>55,40</b>			<b>Total</b>	<b>270,81</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar hidrocolóide + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Hidrocoloide 10X10 cm	3,95	1,98	1		Hidrocoloide 20X20 cm	13,29	13,29
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
			<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>81,96</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar petrolatum + melolim + gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			0,5		Petrolatum 10x10	1,59	0,80	3		Petrolatum 10x20	2,80	8,40
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
			0,5		Melolim	2,63	1,32	3		Melolim	2,63	7,89
			<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>84,96</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto										
			Mínimo					Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Utilizar hidrogel + melolim+ gaze aberta + filme ou micropore ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00	
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20	
			25		Hidrogel grama	0,40	9,99	50		Hidrogel grama	0,40	19,98	
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30	
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17	
			0,5		Melolim	2,63	1,32	3		Melolim	2,63	7,89	
			<b>Total</b>				<b>26,35</b>					<b>Total</b>	<b>96,54</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV com material especial - UTI - Adulto	Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	0,95	
						<b>Total</b>		<b>0,21</b>				<b>Total</b>	<b>0,95</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI - Adulto	Lavar a área	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00	
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	48,40	
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	4		Soro fisiológico 500 ml	1,97	7,89	
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	1,34	
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	2		Gaze aberta	0,66	1,32	
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54	
			<b>Total</b>		<b>2,64</b>						<b>Total</b>	<b>98,49</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto										
			Mínimo					Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI - Adulto	Utilizar gaze + micropore ou esparadrapo ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00	
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20	
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	2		Gaze aberta	0,66	1,32	
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	150		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,78	
			<b>Total</b>						<b>14,49</b>	<b>Total</b>			
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI - Adulto	Utilizar AGE + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00	
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20	
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	2		Gaze aberta	0,66	1,32	
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	150		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,78	
			3		AGE - 1mL	0,04	0,12	100		AGE - 1mL	0,04	4,05	
<b>Total</b>						<b>14,61</b>	<b>Total</b>						<b>69,35</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI - Adulto	Utilizar sulfadiazina de prata + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00	
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20	
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30	
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	150		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,78	
			12,5		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	0,85	50		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	3,41	
<b>Total</b>						<b>15,90</b>	<b>Total</b>						<b>70,69</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI - Adulto	Utilizar colagenase + gaze aberta + micropore ou esparadrapo ou atadura	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Micropore - 1 CM	0,00	0,29	150		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,78
			12,5		Colagenase - 1g	0,24	3,04	50		Colagenase - 1g	0,24	12,17
					<b>Total</b>	<b>18,09</b>				<b>Total</b>	<b>79,45</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau II, III ou IV sem material especial - UTI - Adulto	Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	0,95
					<b>Total</b>	<b>0,21</b>				<b>Total</b>	<b>0,95</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UTI - Adulto	Lavar a área	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	0,73	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	2	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	48,40
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	4		Soro fisiológico 500 ml	1,97	7,89
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	1,34
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	2		Gaze aberta	0,66	1,32
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54
					<b>Total</b>	<b>2,64</b>				<b>Total</b>	<b>98,49</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UTI - Adulto	Utilizar colagenase + gaze aberta + esparadrapo	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	5		Gaze aberta	0,66	3,30
			100		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,19	150		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,78
			12,5		Colagenase - 1g	0,24	3,04	50		Colagenase - 1g	0,24	12,17
					<b>Total</b>	<b>18,99</b>				<b>Total</b>	<b>79,45</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UTI - Adulto	Utilizar askina + filme	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	2	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	38,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	2	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	48,40
			0,5		Askina/Allevyn 10 X 10cm	8,69	4,35	1		Askina/Allevyn 15 X 20cm	12,69	12,69
			12		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	1,41	27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
					<b>Total</b>	<b>19,85</b>				<b>Total</b>	<b>102,26</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UTI - Adulto	Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	0,95
					<b>Total</b>	<b>0,21</b>				<b>Total</b>	<b>0,95</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto										
			Mínimo					Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I ou área que precisa de prevenção - UTI - Adulto	Lavar a área	2	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,42	1	10	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50	
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1	10	Técnico de enfermagem UTI	1,21	12,10	
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		Soro fisiológico 100 ml	1,40	1,40	
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	0,5		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,67	
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	10		Gaze pequena	0,03	0,34	
									2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54
					<b>Total</b>	<b>2,12</b>				<b>Total</b>	<b>25,55</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I ou área que precisa de prevenção - UTI - Adulto	Utilizar cavicon	2	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,42	2	2	Técnico de enfermagem UTI	1,21	4,84	
			2		Cavicon - 1mL	3,01	6,01	14		Cavicon - 1mL	3,01	42,09	
								1	2	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	1,90	
					<b>Total</b>	<b>6,43</b>				<b>Total</b>	<b>48,83</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I ou área que precisa de prevenção - UTI - Adulto	Utilizar askina e filme	2	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,42	2	3	Técnico de enfermagem UTI	1,21	7,26	
			0,5		Askina/Allevyn 10 X 10cm	8,69	4,35	1		Askina/Allevyn 15 X 20cm	12,69	12,69	
			12		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	1,41	1	3	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	2,85	
									27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
								<b>Total</b>	<b>6,17</b>				<b>Total</b>

(continua)



(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I ou área que precisa de prevenção - UTI - Adulto	Utilizar filme	2	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,42	2	3	Técnico de enfermagem UTI	1,21	7,26
			12		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	1,41	1	3	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	2,85
								27		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	3,17
						<b>Total</b>	<b>1,83</b>				<b>Total</b>	<b>13,28</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I ou área que precisa de prevenção - UTI - Adulto	Escrever, no curativo, material utilizado e datas atual e da próxima troca	1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	1	1	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	0,95
					<b>Total</b>	<b>0,21</b>				<b>Total</b>	<b>0,95</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar outras estratégias de prevenção	Hidratar a pele do paciente	2	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,42	1	10	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	9,50
			10		AGE - 1mL	0,04	0,41	2	10	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
								20		AGE - 1mL	0,04	0,81
						<b>Total</b>	<b>0,83</b>				<b>Total</b>	<b>34,51</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar outras estratégias de prevenção	Utilizar almofadas e rolos para prevenção de UP	1	18	Circulante de Enfermagem UTI	0,51	9,18	2	42	Circulante de Enfermagem UTI	0,90	75,60
			1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99	1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99
			2400		Pedaco Colchao Cm2	0,005	10,97	7200		Pedaco Colchao Cm2	0,005	32,92
						<b>Total</b>	<b>23,14</b>				<b>Total</b>	<b>111,51</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Avaliar a pele do paciente	Registrar evolução	1	15	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,73	10,95	1	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	19,00
			1	15	Técnico de enfermagem UTI	0,21	3,15	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
			<b>Total</b>					<b>14,10</b>	<b>Total</b>			
Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Avaliar UP - médico cirurgião	1	1	Médico BC	1,43	1,43	1	5	Médico BC	1,43	7,15
			1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	1	5	Técnico de enfermagem UTI	0,21	1,05
			2		Luva de procedimento	<b>0,13</b>	0,26	2		Luva de procedimento	<b>0,13</b>	0,26
								1	5	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	4,75
			<b>Total</b>					<b>1,90</b>	<b>Total</b>			
Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Agendar desbridamento ou cirurgia para fechar UP no bloco cirúrgico	1	1	Médico BC	1,43	1,43	1	5	Médico BC	1,43	7,15
			<b>Total</b>					<b>1,43</b>	<b>Total</b>			
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Deslocar paciente para o bloco cirúrgico	1	5	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	6,70	1	20	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	26,80
			1	5	Técnico de enfermagem UTI	0,21	1,05	1	20	Técnico de enfermagem UTI	1,21	24,20
								1	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	19,00
<b>Total</b>					<b>7,75</b>	<b>Total</b>					<b>70,00</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Administrar antibiótico profilático (cefazolina)	1	5	Médico anesthesiologista	1,11	5,55	1	10	Médico anesthesiologista	4,28	42,80
			1		Cefazolina - 1g	2,58	2,58	2		Cefazolina - 1g	2,58	5,16
					<b>Total</b>	<b>8,13</b>			<b>Total</b>	<b>47,96</b>		
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	não se aplica	Deslocar o paciente para o setor	1	5	Médico BC	1,43	7,15	1	20	Médico BC	1,43	28,60
			1	5	Técnico de enfermagem BC	0,25	1,25	1	20	Técnico de enfermagem BC	0,25	5,00
								1	20	Enfermeiro de terapia intensiva UTI	0,95	19,00
					<b>Total</b>	<b>8,40</b>			<b>Total</b>	<b>52,60</b>		
Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva	não se aplica	Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva	1	1	Técnico de enfermagem UTI	0,21	0,21	3	5	Técnico de enfermagem UTI	1,21	18,15
					<b>Total</b>	<b>0,21</b>			<b>Total</b>	<b>18,15</b>		
Realizar prescrição médica	não se aplica	Prescrever mudança de decúbito 2/2horas	1	1	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	1,34	1	1	Médico em medicina intensiva UTI	2,00	2,00
					<b>Total</b>	<b>1,34</b>			<b>Total</b>	<b>2,00</b>		
Realizar prescrição médica	não se aplica	Prescrever manobra descompressiva	1	1	Médico em medicina intensiva UTI	1,34	1,34	1	1	Médico em medicina intensiva UTI	2,00	2,00
					<b>Total</b>	<b>1,34</b>			<b>Total</b>	<b>2,00</b>		
Realizar atendimento fisioterápico	não se aplica	Realizar o posicionamento funcional, no leito	1	1	Fisioterapeuta UTI	0,61	0,61	5	1	Fisioterapeuta UTI	1,25	6,25
					<b>Total</b>	<b>0,61</b>			<b>Total</b>	<b>6,25</b>		

(continua)

(conclusão)

Processo	Subprocesso	Atividade	UTI - Adulto									
			Mínimo				Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Realizar atendimento fisioterápico	não se aplica	Colocar um arquinho e um coxim	1	10	Fisoterapeuta UTI	0,61	6,10	1	15	Fisoterapeuta UTI	1,25	18,75
		traqueostomizado, na troca de fixação	1		Gaze pequena	0,03	0,03	2		Gaze pequena	0,03	0,07
			15		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,18	20		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,24
					<b>Total</b>		<b>6,31</b>				<b>Total</b>	<b>19,05</b>

Tabela 29 - Composição do custo das atividades do Tratamento da Úlcera por Pressão na UCP

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	não se aplica	Observar a pele	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	5	Enfermeiro UCP	1,65	16,50
								2	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	8,30
			<b>Total</b>					<b>0,44</b>	<b>Total</b>			
Avaliar a pele do paciente	não se aplica	Retirar curativos vencidos, danificados ou desconhecidos	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
								2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			<b>Total</b>					<b>0,44</b>	<b>Total</b>			
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Lavar área	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	15	Técnico de enfermagem UCP	0,83	24,90
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		PVPI degermante 100 ml	1,52	1,52
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	4		Luva de procedimento	0,13	0,52
<b>Total</b>					<b>3,07</b>	<b>Total</b>					<b>79,42</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Escarificar UP	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	5	Enfermeiro UCP	1,65	16,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	8,30
			1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99	2		Lâmina bisturi 22	3,15	6,30
			6		Gaze pequena	0,03	0,20	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1		Soro fisiológico 250 ml	1,63	1,63
					<b>Total</b>	<b>5,76</b>				<b>Total</b>	<b>33,74</b>	
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Solicitar avaliação médica	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	1	5	Enfermeiro UCP	1,65	8,25
						<b>Total</b>	<b>1,65</b>				<b>Total</b>	<b>8,25</b>
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Avaliar UP - médico	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	1	5	Enfermeiro UCP	1,65	8,25
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	1	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	4,15
			1	1	Médico em medicina intensiva UCP	2,43	2,43	1	5	Médico em medicina intensiva UCP	5,50	27,50
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	4		Luva de procedimento	0,13	0,52
			5		Gaze pequena	0,03	0,17	30		Gaze pequena	0,03	1,01
					<b>Total</b>	<b>4,73</b>				<b>Total</b>	<b>41,43</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP										
			Mínimo					Máximo					
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	
			1	10	Enfermeiro UCP	1,65	16,50	1	30	Enfermeiro UCP	1,65	49,50	
			1	10	Técnico de enfermagem UCP	0,22	2,20	1	30	Técnico de enfermagem UCP	0,83	24,90	
			1	10	Médico em medicina intensiva UCP	2,43	24,30	1	30	Médico em medicina intensiva UCP	5,50	165,00	
			1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99	2		Lâmina bisturi 22	3,15	6,30	
			1		Fio de nylon 2.0	1,10	1,10	3		Fio de nylon 3.0	1,15	3,45	
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Realizar desbridamento no leito	10		Gaze pequena	0,03	0,34	30		Gaze pequena	0,03	1,01	
			0,5		PVPI Tópico	1,51	0,76	1		PVPI Tópico	1,51	1,51	
			0,5		PVPI degermante 100 ml	1,52	0,76	1		PVPI degermante 100 ml	1,52	1,52	
			1		Soro fisiológico 250 ml	1,63	1,63	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97	
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54	
									4		Lidocaína - ampola de 5 ml	0,92	3,69
									1		Agulha 40X12	0,23	0,23
									1		Seringa 10 ml	0,13	0,13
									1		Agulha 25X8	0,23	0,23
								<b>Total</b>	<b>51,34</b>			<b>Total</b>	<b>260,98</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Solicitar interconsulta para cirurgia plástica	1	2	Médico em medicina intensiva UCP	2,43	4,86	1	5	Médico em medicina intensiva UCP	5,50	27,50
			<b>Total</b>					<b>4,86</b>				
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Realizar desbridamento mecânico	1	2	Enfermeiro UCP	1,65	3,30	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
			1	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99	2		Lâmina bisturi 22	3,15	6,30
			1		Luva estéril - 2 unidades	0,77	0,77	2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54
			1		Soro fisiológico 100 ml	1,40	1,40	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97
			1		Máscara	0,11	0,11	2		Máscara	0,11	0,22
			5		Gaze pequena	0,03	0,17	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			<b>Total</b>					<b>9,18</b>				
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Mensurar UP, por meio de observação	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	5	Enfermeiro UCP	1,65	16,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	8,30
			<b>Total</b>					<b>1,87</b>				

(continua)



(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Avaliar UP	Classificar UP	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	5	Enfermeiro UCP	1,65	16,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	1	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	4,15
					<b>Total</b>	<b>1,87</b>				<b>Total</b>	<b>20,65</b>	
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Solicitar material(s) especial(s), por paciente, no SIGH	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	1	5	Enfermeiro UCP	1,65	8,25
					<b>Total</b>	<b>3,52</b>				<b>Total</b>	<b>28,90</b>	
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Telefonar para CPTL solicitando autorização	2	1	Enfermeiro UCP	1,65	3,30	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
					<b>Total</b>	<b>3,30</b>				<b>Total</b>	<b>49,50</b>	
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Avaliar solicitação de material especial	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	1	Enfermeiro UCP	1,65	3,30
					<b>Total</b>	<b>1,65</b>				<b>Total</b>	<b>3,30</b>	
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Discutir tratamento com enfermeira solicitante	2	1	Enfermeiro UCP	1,65	3,30	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
					<b>Total</b>	<b>3,30</b>				<b>Total</b>	<b>49,50</b>	
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Informar, em planilha compartilhada com a farmácia, que a dispensação do material(s) especial(s) está autorizada	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	1	2	Enfermeiro UCP	1,65	3,30
					<b>Total</b>	<b>1,65</b>				<b>Total</b>	<b>3,30</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Solicitar material especial para curativo	Dispensar material(s) especial(s) solicitado	1	1	Técnico em Farmácia	0,25	0,25	1	5	Técnico em Farmácia	0,39	1,95
			<b>Total</b>					<b>Total</b>				
						<b>0,25</b>					<b>1,95</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - com material especial - UCP	Lavar a área	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	15	Técnico de enfermagem UCP	0,83	24,90
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		PVPI degermante 100 ml	1,52	1,52
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	4		Luva de procedimento	0,13	0,52
			<b>Total</b>					<b>Total</b>				
						<b>3,07</b>				<b>79,42</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - com material especial - UCP	Utilizar fibracol + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrappo ou atadura	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			0,5		Fibracol 10,2 X 11,25cm	85,76	42,88	2		Fibracol 10,2 X 22,2 cm	144,50	289,00
			0,5		Melolim	2,63	1,32	4		Melolim	2,63	10,52
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			5		Esparadrappo - 1 CM	0,01	0,06	40		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	4,70
									2	10	Enfermeiro UCP	1,65
<b>Total</b>					<b>Total</b>							
						<b>45,79</b>				<b>357,78</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - com material especial - UCP	Utilizar fibracol + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			0,5		Fibracol 10,2 X 11,25cm	85,76	42,88	2		Fibracol 10,2 X 22,2 cm	144,50	289,00
			0,5		Melolim	2,63	1,32	4		Melolim	2,63	10,52
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	40		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	4,70
			0,25		Aquacel 15cm X 15cm	77,90	19,48	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
									1		Aquacel 20cm X 30cm	169,97
					<b>Total</b>	<b>65,27</b>				<b>Total</b>	<b>527,75</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - com material especial - UCP	Utilizar hidrogel com alginato + aquacel + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			2		Hidrogel com alginato grama	0,21	0,42	40		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	4,70
			0,25		Aquacel 15cm X 15cm	77,90	19,48	75		Hidrogel com alginato grama	0,21	15,84
			0,5		Melolim	2,63	1,32	1		Aquacel 20cm X 30cm	169,97	169,97
									4		Melolim	2,63
					<b>Total</b>	<b>22,81</b>				<b>Total</b>	<b>254,59</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - com material especial - UCP	Utilizar acticoat + melolim + gaze aberta + filme de poliuretano ou esparadrapo ou atadura	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			0,5		Acticoat	60,72	30,36	40		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	4,70
			0,5		Melolim	2,63	1,32	4		Acticoat	60,72	242,88
									6		Melolim	2,63
					<b>Total</b>	<b>33,27</b>				<b>Total</b>	<b>316,92</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - com material especial - UCP	Escrever, no curativo, data e material utilizado	1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65
					<b>Total</b>	<b>0,22</b>				<b>Total</b>	<b>1,65</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Lavar a área	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	15	Técnico de enfermagem UCP	0,83	24,90
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		PVPI degermante 100 ml	1,52	1,52
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	4		Luva de procedimento	0,13	0,52
					<b>Total</b>	<b>3,07</b>				<b>Total</b>	<b>79,42</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Utilizar sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			5		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	0,34	100		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,19
								100		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	6,81
					<b>Total</b>	<b>1,94</b>				<b>Total</b>	<b>61,56</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Utilizar colagenase + sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			5		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	0,34	100		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,19
			5		Colagenase - 1g	0,24	1,22	100		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	6,81
							30		Colagenase - 1g	0,24	7,30	
					<b>Total</b>	<b>3,16</b>				<b>Total</b>	<b>68,86</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau III ou IV - sem material especial - UCP	Escrever, no curativo, data e material utilizado	1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65
					<b>Total</b>	<b>0,22</b>				<b>Total</b>	<b>1,65</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UCP	Lavar a área	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	15	Técnico de enfermagem UCP	0,83	24,90
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		PVPI degermante 100 ml	1,52	1,52
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	4		Luva de procedimento	0,13	0,52
					<b>Total</b>	<b>3,07</b>			<b>Total</b>	<b>79,42</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UCP	Utilizar colagenase + sulfadiazina de prata + gaze aberta + esparadrapo	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,88	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	2	10	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	6		Gaze aberta	0,66	3,96
			5		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	0,34	100		Esparadrapo - 1 CM	0,01	1,19
			5		Colagenase - 1g	0,24	1,22	100		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	6,81
									30		Colagenase - 1g	0,24
					<b>Total</b>	<b>3,16</b>			<b>Total</b>	<b>68,86</b>		
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP não estadiável - UCP	Escrever, no curativo, data e material utilizado	1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65
					<b>Total</b>	<b>0,22</b>			<b>Total</b>	<b>1,65</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP	Lavar a área	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	2	15	Enfermeiro UCP	1,65	49,50
			1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	15	Técnico de enfermagem UCP	0,83	24,90
			0,5		Soro fisiológico 100 ml	1,40	0,70	1		Soro fisiológico 500 ml	1,97	1,97
			0,1		Clorexedina degermante 100 ml	1,34	0,13	1		PVPI degermante 100 ml	1,52	1,52
			3		Gaze pequena	0,03	0,10	30		Gaze pequena	0,03	1,01
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	4		Luva de procedimento	0,13	0,52
					<b>Total</b>			<b>3,07</b>			<b>Total</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP	Utilizar cavilon	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	2	Técnico de enfermagem UCP	0,83	3,32
			2		Cavilon - 1mL	3,01	6,01	2	2	Enfermeiro UCP	1,65	6,60
								14		Cavilon - 1mL	3,01	42,09
					<b>Total</b>			<b>6,45</b>			<b>Total</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP	Utilizar AGE + melolim	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	3	Enfermeiro UCP	1,65	9,90
			2		AGE - 1mL	0,04	0,08	2	3	Técnico de enfermagem UCP	0,83	4,98
			0,5		Melolim	2,63	1,32	50		AGE - 1mL	0,04	2,03
			1		Gaze aberta	0,66	0,66	2		Melolim	2,63	5,26
			5		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,06	2		Gaze aberta	0,66	1,32
									40		Esparadrapo - 1 CM	0,01
		<b>Total</b>			<b>2,56</b>			<b>Total</b>		<b>23,96</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP	Utilizar askina e filme	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	3	Enfermeiro UCP	1,65	9,90
			0,5		Askina/Allevyn 10 X 10cm	8,69	4,35	2	3	Técnico de enfermagem UCP	0,83	4,98
			5		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	0,59	1		Askina/Allevyn 15 X 20cm	12,69	12,69
								17		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	2,00
<b>Total</b>							<b>5,37</b>	<b>Total</b>				<b>29,57</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP	Utilizar filme	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	3	Enfermeiro UCP	1,65	9,90
			5		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	0,59	2	3	Técnico de enfermagem UCP	0,83	4,98
								17		Filme transparente rolo - 1 CM	0,12	2,00
			<b>Total</b>							<b>1,03</b>	<b>Total</b>	
Avaliar a pele do paciente	Realizar curativo em UP grau I, II ou área que necessita de prevenção - UCP	Escrever, no curativo, data e material utilizado	1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65
<b>Total</b>							<b>0,22</b>	<b>Total</b>				<b>1,65</b>

(continua)



(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Avaliar a pele do paciente	Realizar outras estratégias de prevenção	Hidratar a pele do paciente	2	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,44	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			10		Óleo mineral - 1 mL	0,02	0,17	1	10	Enfermeiro UCP	1,65	16,50
								20		AGE - 1mL	0,04	0,81
							<b>Total</b>	<b>0,61</b>				<b>Total</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar outras estratégias de prevenção	Colocar colchão	2	5	Técnico de enfermagem UCP	0,22	2,20	2	10	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
			1		Um Colchão Caixa de Ovo	69,50	69,50	1		Um Colchão Caixa de Ovo	69,50	69,50
						<b>Total</b>	<b>71,70</b>				<b>Total</b>	<b>86,10</b>
Avaliar a pele do paciente	Realizar outras estratégias de prevenção	Utilizar almofadas e rolos para prevenção de UP	1	18	Técnico de enfermagem UCP	0,22	3,96	2	42	Técnico de enfermagem UCP	0,83	69,72
			1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99	1		Lâmina bisturi 20	2,99	2,99
			2400		Pedaço Colchão Cm2	0,005	10,97	7200		Pedaço Colchão Cm2	0,005	32,92
						<b>Total</b>	<b>17,92</b>				<b>Total</b>	<b>105,63</b>
Avaliar a pele do paciente	Avaliar a pele do paciente	Registrar evolução	1	5	Técnico de enfermagem UCP	0,22	1,10	1	10	Enfermeiro UCP	1,65	16,50
								1	10	Técnico de enfermagem UTI	1,21	12,10
						<b>Total</b>	<b>1,10</b>				<b>Total</b>	<b>28,60</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
			1	1	Enfermeiro UCP	1,65	1,65	1	5	Enfermeiro UCP	1,65	8,25
			1	1	Médico BC	1,43	1,43	1	5	Médico BC	1,43	7,15
Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Avaliar UP - médico cirurgião	1	1	Técnico de enfermagem UCP	<b>0,22</b>	0,22	1	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	4,15
			2		Luva de procedimento	0,13	0,26	6		Luva de procedimento	0,13	0,78
					<b>Total</b>		<b>3,56</b>			<b>Total</b>		<b>20,33</b>
Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Avaliar UP - médico cirurgião plástico	Agendar desbridamento ou cirurgia para fechar UP no bloco cirúrgico	1	1	Médico BC	1,43	1,43	1	5	Médico BC	1,43	7,15
					<b>Total</b>		<b>1,43</b>			<b>Total</b>		<b>7,15</b>
			2	5	Técnico de enfermagem UCP	0,22	2,20	1	20	Técnico de enfermagem UCP	0,83	16,60
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Deslocar paciente para o bloco cirúrgico						1	20	Médico em medicina intensiva UCP	5,50	110,00
								1	20	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
					<b>Total</b>		<b>2,20</b>			<b>Total</b>		<b>159,60</b>
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Administrar antibiótico profilático (cefazolina)	1	5	Médico anestesiológista	1,11	5,55	1	10	Médico anestesiológista	4,28	42,80
			1		Cefazolina - 1g	2,58	2,58	2		Cefazolina - 1g	2,58	5,16
					<b>Total</b>		<b>8,13</b>			<b>Total</b>		<b>47,96</b>

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	Realizar desbridamento /cirurgia no bloco cirúrgico	Realizar anestesia geral	1	90	Médico anesthesiologista	1,11	99,90	1	90	Médico anesthesiologista	4,28	385,20
			1		Fentanil	1,15	1,15	1		Fentanil	1,15	1,15
			1		Rocuronio - 10mg/ml	9,65	9,65	1		Rocuronio - 10mg/ml	9,65	9,65
			1		Propofol	3,16	3,16	1		Propofol	3,16	3,16
			30		Sevoflurano 1ml	0,92	27,60	30		Sevoflurano 1ml	0,92	27,60
			1		Dipirona	0,42	0,42	1		Dipirona	0,42	0,42
			1		Morfina 0,2mg/ml	4,20	4,20	1		Morfina 0,2mg/ml	4,20	4,20
			1		Seringa 20 ml	0,21	0,21	1		Seringa 20 ml	0,21	0,21
			2		Seringa 10 ml	0,13	0,26	2		Seringa 10 ml	0,13	0,26
			2		Seringa 5 ml	0,09	0,19	2		Seringa 5 ml	0,09	0,19
			5		Agulha 25X8	0,23	1,15	5		Agulha 25X8	0,23	1,15
			4		Luva estéril - 2 unidades	0,77	3,08	4		Luva estéril - 2 unidades	0,77	3,08
						<b>Total</b>			<b>150,96</b>			<b>Total</b>
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	não se aplica	Realizar anestesia raque ou bloqueio	1	90	Médico anesthesiologista	1,11	99,90	1	90	Médico anesthesiologista	4,28	385,20
			1		Agulha raque	3,24	3,24	2		Agulha raque	3,24	6,48
			1		Compressa - pacote	0,34	0,34	1		Compressa - pacote	0,34	0,34
			10		Gaze pequena	0,03	0,34	10		Gaze pequena	0,03	0,34
			1		Seringa 5 ml	0,09	0,09	1		Seringa 5 ml	0,09	0,09
			1		Agulha 25X8	0,23	0,23	1		Agulha 25X8	0,23	0,23
			1		Seringa 10 ml	0,13	0,13	1		Seringa 10 ml	0,13	0,13
			1		Agulha 40X12	0,23	0,23	1		Agulha 40X12	0,23	0,23
			1		Lidocaína - ampola de 5 ml	0,92	0,92	1		Lidocaína - ampola de 5 ml	0,92	0,92
			1		Bupivacaína pesada	2,65	2,65	1		Bupivacaína pesada	2,65	2,65
1		Morfina 0,2mg/ml	4,20	4,20	1		Morfina 0,2mg/ml	4,20	4,20			
			<b>Total</b>			<b>112,27</b>			<b>Total</b>	<b>400,81</b>		

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	não se aplica	Realizar sedação venosa	1	90	Médico anesthesiologista	1,11	99,90	1	90	Médico anesthesiologista	4,28	385,20
			1		Fentanil	1,15	1,15	1		Fentanil	1,15	1,15
			1		Midazolam	1,04	1,04	1		Midazolam	1,04	1,04
			2		Agulha 25X8	0,23	0,46	2		Agulha 25X8	0,23	0,46
			2		Seringa 5 ml	0,09	0,19	2		Seringa 5 ml	0,09	0,19
			<b>Total</b>					<b>102,74</b>	<b>Total</b>			
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	não se aplica	Realizar desbridamento, no bloco cirúrgico	2	60	Médico BC	1,43	171,60	2	60	Médico BC	1,43	171,60
			1	60	Técnico de enfermagem BC	0,25	15,00	1	60	Técnico de enfermagem BC	1,00	60,00
			4		Gaze estéril	0,66	2,64	8		Gaze estéril	0,66	5,28
			2		Atadura 10 cm	4,68	9,36	8		Atadura 10 cm	4,68	37,44
			8		Luva de procedimento	0,13	1,04	16		Luva de procedimento	0,13	2,08
			2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54	5		Luva estéril - 2 unidades	0,77	3,85
								4		Algodão	6,21	
								1000		Óleo mineral - 1 mL	0,02	16,70
								250		Sulfadiazina de prata -1 g	0,07	17,03
								150		Colagenase - 1g	0,24	36,50
<b>Total</b>					<b>201,18</b>	<b>Total</b>					<b>350,48</b>	

(continua)

(continuação)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	não se aplica	Realizar cirurgia para fechar UP	2	120	Médico BC	1,43	343,20	2	180	Médico BC	1,43	514,80
			1	120	Técnico de enfermagem BC	0,25	30,00	1	180	Técnico de enfermagem BC	1,00	180,00
			4		Gaze estéril	0,66	2,64	8		Gaze estéril	0,66	5,28
			2		Atadura 10 cm	4,68	9,36	8		Atadura 10 cm	4,68	37,44
			8		Luva de procedimento	0,13	1,04	16		Luva de procedimento	0,13	2,08
			2		Luva estéril - 2 unidades	0,77	1,54	5		Luva estéril - 2 unidades	0,77	3,85
								4		Algodão	6,21	
								1000		Óleo mineral - 1 mL	0,02	16,70
								250		Sulfadiazina de prata - 1 g	0,07	17,03
								150		Colagenase - 1g	0,24	36,50
			<b>Total</b>			<b>387,78</b>				<b>Total</b>	<b>813,68</b>	
Realizar desbridamento/cirurgia no bloco cirúrgico	não se aplica	Deslocar o paciente para o setor	2	5	Técnico de enfermagem BC	0,25	2,50	1	20	Médico BC	1,43	28,60
								1	20	Enfermeiro UCP	1,65	33,00
								1	20	Técnico de enfermagem BC	1,00	20,00
			<b>Total</b>			<b>2,50</b>				<b>Total</b>	<b>81,60</b>	
Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva	não se aplica	Realizar mudança de decúbito e ou manobra descompressiva	1	1	Técnico de enfermagem UCP	0,22	0,22	2	5	Técnico de enfermagem UCP	0,83	8,30
			<b>Total</b>			<b>0,22</b>				<b>Total</b>	<b>8,30</b>	

(continua)

(conclusão)

Processo	Subprocesso	Atividade	UCP									
			Mínimo					Máximo				
			Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total	Quantidade	Tempo em min	Insumo	Valor unitário	Sub-total
Realizar prescrição médica	não se aplica	Prescrever mudança de decúbito 2/2horas	1	1	Médico em medicina intensiva UCP	2,43	2,43	1	1	Médico em medicina intensiva UCP	5,50	5,50
						<b>Total</b>	<b>2,43</b>				<b>Total</b>	<b>5,50</b>
Realizar prescrição médica	não se aplica	Prescrever manobra descompressiva	1	1	Médico em medicina intensiva UCP	2,43	2,43	1	1	Médico em medicina intensiva UCP	5,50	5,50
						<b>Total</b>	<b>2,43</b>				<b>Total</b>	<b>5,50</b>
Realizar atendimento fisioterápico	não se aplica	Realizar o posicionamento funcional, no leito	1	1	Fisoterapeuta UCP	0,71	0,71	5	1	Fisoterapeuta UCP	0,71	3,55
						<b>Total</b>	<b>0,71</b>				<b>Total</b>	<b>3,55</b>
Realizar atendimento fisioterápico	não se aplica	Colocar um arquinho e um coxim traqueostomizado, na troca de fixação	1	10	Fisoterapeuta UCP	0,71	7,10	1	15	Fisoterapeuta UCP	0,71	10,65
			1		Gaze pequena	0,03	0,03	2		Gaze pequena	0,03	0,07
			15		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,18	20		Esparadrapo - 1 CM	0,01	0,24
								<b>Total</b>	<b>7,31</b>			

## ANEXO A - Lista de materiais especiais do HJXXIII

Os materiais que necessitam de autorização para dispensação estão listados no quadro abaixo. A autorização é emitida pela da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões, do HJXXIII (em dias úteis de 07:00 as 16:00).

<b>Nome conhecido</b>	<b>Nome no SIGH</b>	<b>Apresentação</b>
Petrolatum	Curativo – Apresentação: não aderente, estéril; tamanho: aproximadamente 10x10	1 unidade
Petrolatum	Curativo – Apresentação: não aderente, estéril; tamanho: aproximadamente 10x10	1 unidade
Aquacel	Curativo – Apresentação: placa, estéril, não tecido, carboximetilcelulose; tamanho: 20cm X 30cm	1 unidade
Aquacel	Curativo – Apresentação: placa, estéril, não tecido, 100% carboximetilcelulose; tamanho: 15cm X 15cm	1 unidade
Acticoat	Curativo – Apresentação: Tipo cobertura de ação antimicrobiana; tamanho 10X10 cm	1 unidade
Askina/Allevyn	Curativo adesivo de hidropolimero – medidas: aproximadamente 10 X 10cm; finalidade: -	1 unidade
Askina/Allevyn	Curativo adesivo de hidropolimero – medidas: aproximadamente 15 X 20cm; finalidade: -	1 unidade
Alginato de cálcio	Curativo alginato de cálcio e ou sódio. Medidas: 10 X 10 cm	1 unidade
Alginato de cálcio	Curativo alginato de cálcio e ou sódio. Medidas: com 35 cm de comprimento aproximadamente	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 10X10 cm	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 15X15 cm	1 unidade
Hidrocoloide	Curativo Hidrocoloide – tipo: Placa; medidas das placas: 20X20 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 10,2 X 11,25 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 10,2 X 22,2 cm	1 unidade
Fibracol	Curativo tipo cobertura primária – tamanho: 5,1 X 5,1 cm	1 unidade
Hidrogel com alginato	Gel p/curativo com alginate de sódio e/ou cálcio – identificação: amorfo, transparente, viscoso e estéril; composição: propilenoglicol com alginato de sódio e/ou cálcio	Tubo 25 gramas

Fonte: FHEMIG (2014-2017).

## **ANEXO B - Protocolo Clínico 013 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão**

O Protocolo Clínico 013 Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão, utilizado nesta pesquisa, é apresentado exatamente como está publicado na terceira edição do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG.

Esta é a versão do Protocolo 013 utilizada como referência pelos profissionais da FHEMIG durante toda a pesquisa.