

MANUAL DE NORMAS ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM - ATENÇÃO BÁSICA /SMS-SP – 2ª ed.

ORGANIZAÇÃO

Marisa Beraldo
Patrícia Luna

ELABORAÇÃO

Ana Maria Amato Bergo
Andréa Lutten Leitão
Artur Vieira Castilhano Neto
Cecília Seiko Takano Kunitake
Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava
Ivani dos Santos
Karina Mauro Dib
Leni Aparecida Gomes Uchoa
Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas
Maria Cristina Honório dos Santos
Maria Fátima de Araújo Del Carlo

Marisa Beraldo
Patrícia Luna
Priscila de Oliveira Arruda Candido
Rhavana Pilz Canônico
Roberta Melão
Rosa Maria Bruno Marcucci
Silmara Alves dos Santos
Soraia Rizzo
Sueli M. Silvestre

COLABORADORES

PARCEIROS

Equipe de Enfermeiros:

- . Associação Comunitária Monte Azul
- . Associação Congregação de Santa Catarina
- . Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
- . Associação Saúde da Família (ASF)
- . Casa de Saúde Santa Marcelina
- . Centro de estudos e pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)
- . Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
- . Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
- . Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM) - ESF
- . Instituto Adventista de Ensino (IAE)
- . Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
- . Irmandade da Santa Casa de Misericórdia
- . Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Hospital Albert Einstein
- . Superintendência de Atenção à Saúde - SAS – OSS - SECONCI

ESCOLA DE ENFERMAGEM EEUSP – USP/SP

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM SAÚDE COLETIVA
Dra. Anna Maria Chiesa e - Docentes

ESCOLA DE ENFERMAGEM EEUSP/SP - Docentes CONSULTORIA

Dra. Kazuko U. Graziano
Dra. Maria Clara Padoveze
Graduanda - Vannila Cristina de Souza

COVISA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SUB GERENCIA EM IMUNIZAÇÃO
Maria Lígia Bacciotte Ramos Nerger

EQUIPE DE IMUNIZAÇÃO
Adriana Peris Câmara
Deronice Ferreira de Souza
Elaine Rodrigues Barros
João Gregório Neto
José Elisomar Silva de Santana
Luciana Ursini Nunes
Maria Aparecida Miyaoka
Mariana de Souza Araújo
Sirlene Aparecida Negri
Glaserapp
Sonia Regina Barreto Viguelis
Susana gualda de Freitas
Rodrigues
Tereza Cristina Guimarães

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SP

Dr. Julio Mayer de C. Filho
M^a Cristina M. Pimentel
Olga Aparecida F. Caron
Vera Regina Paiva Costa

EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM DAS COORDENADORIAS E SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE SMS-SP

CRS SUL
CRS CENTRO OESTE
CRS NORTE
CRS SUDESTE
CRS LESTE

COVISA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

NÚCLEO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
Dr. Milton Soibelman Lapchik
Ingrid Weber Neubauer;
Maria do Carmo Souza

ÁREAS TEMÁTICAS

Dra. Anete Hannud Abdo
Dra. Andrea da Silva Munhoz
Dra. Athene M^a Franco. Mauro
Dra. Cecília T. Nobumoto
Dra. Celina Marcia P.C. Silva
Dr. Edmir P. Albuquerque
Glória M^a Ferreira Ribeiro
Dr. Julio Mayer de C. Filho
Dra. Márcia M^a G. Massironi

OLABORAÇÃO IOT- HC

Arlete Mazzini Miranda Giovani

COLABORAÇÃO – Revisão

Dra. Necha Goldgrub

COLABORAÇÃO – Técnica

Cátia Rufino
Edilaine de Andrade Ramos

AGRADECIMENTOS

Os profissionais da enfermagem Atenção Básica SMS - SP agradecem aos Enfermeiros abaixo relacionados, a dedicação na construção da primeira edição deste documento técnico:

Andrea da Silva Alves; Ana Izabel C. Gorgulho; Ana Maria A. Bergo; Denise Helena de Castro Freitas; Glória Mityo Schulze; Leni A. Gomes Uchôa; Luciana Moraes Borges Guedes; Marina Arends Roschel; Maria das Graças L. Oliveira; Maria das Graças Lopes Bel da Silva; Naira Reis Fazenda; Rachel Gonçalves Miguel; Regina T. Capelari; Rita de Cássia R. Pereira; Mercia Celeste; Patricia Luna; Nayara T. Hollen Dias; Sandra Regina Alves Freitas.

FICHA EDITORIAL

Todos os direitos reservados.

- **É permitida a reprodução parcial ou total desta obra**, desde que citada a fonte e, que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

- As **fotos** obtêm os **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido** para este Manual, sendo, portanto, **proibida a cópia, reprodução e divulgação das mesmas.**

Série Enfermagem - Atenção Básica – SMS-SP
Documentos Técnicos.

FICHA CATALOGRÁFICA

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica.

2. ed. - São Paulo: SMS, 2014.

162 p. – (Série Enfermagem)

1. Administração da saúde. 2. Atenção básica. 3. Enfermagem/normas. 4. Serviços de saúde. I. Atenção básica. II. Título: Manual de Normas, Rotinas e procedimentos de Enfermagem.

III. Série Enfermagem.

CDU 614.2

APRESENTAÇÃO

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de São Paulo traz em sua história de consolidação, o papel fundamental da Atenção Básica. A Secretaria Municipal da Saúde definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O Atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

O presente trabalho é fruto da iniciativa dos profissionais da enfermagem da SMS/SP, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

É com satisfação e reconhecimento que a Coordenação da Atenção Básica/SMS apresenta a presente publicação: **"Série Manuais de Enfermagem – SMS/SP"** composta por sete manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/do homem; Saúde da Pessoa Idosa; Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem; Risco biológico – Biossegurança na Saúde e Manual para Técnico e Auxiliar de Enfermagem, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

A SMS-SP coordenou o Grupo Técnico de trabalho, responsável pela revisão e atualização dos Manuais, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias Regionais de Saúde, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, das Áreas Temáticas e Redes de Atenção, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Instituições Parceiras e Universidades.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem serão uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica.

Rejane Calixto Gonçalves
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

MANUAL DE NORMAS ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM ATENÇÃO BÁSICA /SMS-SP – 2ª ed.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
INTRODUÇÃO	
1. ADMINISTRATIVO - ENFERMAGEM	9
1.1 <i>Estrutura da enfermagem SMS-SP – Atenção Básica</i>	9
1.2 <i>Regimento interno do serviço de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo</i>	9
1.2.1 <i>Atribuições da equipe de enfermagem: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem</i>	10
1.3 <i>Responsabilidade Técnica de Enfermagem</i>	15
1.4 <i>Comissão de Ética de Enfermagem</i>	15
1.5 <i>Orientações para visita do Conselho Regional de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde SMS-SP</i>	15
1.6 <i>Diretrizes para administração do serviço de enfermagem– Atenção Básica / SMS-SP</i>	16
1.7 <i>Sugestão de escala mensal do serviço de enfermagem</i>	17
1.8 <i>Supervisão de Enfermagem</i>	18
1.9 <i>Supervisão de Enfermagem nas Unidades da Atenção Básica</i>	19
1.10 <i>Sugestão de Roteiro e registro de supervisões</i>	20
2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE	24
2.1 <i>Sistematização da Assistência de Enfermagem – Caráter Individual e Coletivo</i>	25
2.2 <i>Descrição do processo de enfermagem de caráter individual</i>	27
3. VISITA DOMICILIÁRIA, VISITA TÉCNICA EM ESCOLAS, NA RUA E EM UNIDADES PRISIONAIS	31
4. EDUCAÇÃO PERMANENTE- EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SERVIÇO	37
5. GRUPOS EDUCATIVOS – ORGANIZAÇÃO	40
6. ROTINAS	44
6.1 <i>Rotina Central de Material - limpeza, desinfecção e esterilização</i>	44
6.1.1 <i>Classificação das áreas em serviços de saúde</i>	44
6.1.2 <i>Sala de expurgo</i>	45
6.1.3 <i>Sala de preparo e esterilização de produtos para a saúde - Técnicas - Desinfecção de inaladores</i>	47
6.1.4 <i>Limpeza da área física. Serviço de higiene ambiental</i>	54
6.2 <i>Limpeza e desinfecção de superfícies</i>	55
6.3 <i>Rotina - Setor de Medicação</i>	56
6.4 <i>Segregação, acondicionamento e destino final de resíduos dos grupos A, B, C e E gerados no domicílio</i>	58
6.5 <i>Rotina para o Setor de Coleta de Exames Laboratoriais</i>	60
6.6 <i>Rotina da Organização e Funcionamento da Sala de Vacina</i>	62
6.7 <i>Rotina da Organização e Funcionamento da Sala de Inalação</i>	68
6.8 <i>Rotina da Organização e Funcionamento da Sala de Curativos</i>	69
7. PROCEDIMENTOS	71
7.1 <i>Higiene das mãos – Simples/com solução alcoólica e Antisséptica cirúrgica</i>	72
7.2 <i>Curativos</i>	77
7.3 <i>Retirada de Pontos</i>	80
7.4 <i>Coleta de Sangue Capilar (glicemia)</i>	81
7.5 <i>Teste Imunológico de Gravidez Urinário</i>	82
7.6 <i>Teste do Pesinho</i>	83
7.7 <i>Cauterização umbilical</i>	85
7.8 <i>Coleta de Citologia Oncótica</i>	86
7.9 <i>Eletrocardiografia</i>	88
7.10 <i>Terapia de Reidratação Oral</i>	90
7.11 <i>Inalação / Nebulização</i>	92
7.12 <i>Associação de dois tipos de insulina- na mesma seringa</i>	94
7.13 MENSURAR E VERIFICAR	95
7.13.1 <i>Peso</i>	96
7.13.2 <i>Estatura</i>	97
7.13.3 <i>Perímetro Cefálico</i>	98
7.13.4 <i>Circunferência Braquial</i>	99
7.13.5 <i>Circunferência Abdominal</i>	100
7.13.6 <i>Temperatura</i>	101
7.13.7 <i>Pressão Arterial</i>	103
7.13.8 <i>Frequência Cardíaca</i>	105
7.13.9 <i>Frequência Respiratória</i>	106
7.14 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	107
7.14.1 <i>Medicação segura</i>	108
7.14.2 <i>Medicação oral</i>	109
7.14.3 <i>Medicação sublingual</i>	110
7.14.4 <i>Medicação via retal</i>	111
7.15 INJETÁVEIS	112
7.15.1 <i>Intradérmica</i>	112
7.15.2 <i>Subcutânea</i>	112
7.15.3 <i>Intramuscular: Glúteo e Vasto Lateral da Coxa</i>	112
7.15.4 <i>Técnica de administração em Z</i>	113
7.15.5 <i>Técnica de administração Ventroglútea - Rochester</i>	114
7.15.6 <i>Técnica de administração Intravenosa ou endovenosa</i>	115
7.15.7 <i>Hipodermólise</i>	118

7.16	INJETÁVEIS – QUADRO GERAL	121
8.	SONDAGENS/CAETRISMOS	123
8.1	<i>Cateterismo Vesical - DEMORA</i>	124
8.1.1	<i>Cateterismo vesical intermitente com cateter hidrófilo</i>	127
8.1.2	<i>Cateterismo vesical intermitente</i>	129
8.2	<i>Sondagens: Gástrica/ Nasogástrica e Orogástrica</i>	
9.	LAVAGEM INTSTINAL	132
9.1	<i>Enteroclisma</i>	132
9.2	<i>Enema</i>	133
10.	MANUTENÇÃO E MANUSEIO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA - PICC	134
11.	CUIDADOS COM ESTOMIZADOS	136
11.1	<i>Intestinais</i>	136
11.2	<i>Urinárias</i>	138
11.3	<i>Digestivas</i>	139
11.4	<i>Respiratórias</i>	141
11.5	<i>Cuidados Domiciliares</i>	142
12.	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL	143

LISTA DE SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CCD	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CCIH	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CE	Consulta de Enfermagem
CEE	Comissão de Ética de Enfermagem
CRT	Certidão de Responsabilidade Técnica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DUM	Data da Última Menstruação
EaD	Educação a Distância
EAPV	Eventos Adversos Pós Vacinação
ECR	Equipe de Consultório na Rua
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
EV	Endovenosa
FR	Frequência Respiratória
ID	Intradérmica
IM	Intramuscular
IV	Intravenosa
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMI	Programa Municipal de Imunização
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNI	Programa Nacional de Imunização
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém Nascido
RT	Responsável Técnico
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAP	Secretaria da Administração Penitenciária
SC	Subcutânea
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGA	Sistema de Informação para a Gestão da Assistência à Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SMS-G	Secretaria Municipal da Saúde - Gabinete
SRO	Sais de Reidratação Oral
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Soro Fisiológico
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliária
VR	Visita de Rua
VTEE	Visita Técnica de Enfermagem em Escolas
VTEUP	Visita Técnica de Enfermagem em Unidades Prisionais

INTRODUÇÃO

Com intuito de subsidiar as linhas de cuidados das unidades de saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, foram atualizados sete manuais clínicos contendo protocolos técnicos, que regulamentam e padronizam atividades, ações e procedimentos das equipes de enfermagem.

A segunda edição deste Manual tem como objetivo atualizar os profissionais da enfermagem nas questões administrativas e técnicas, bem como nas rotinas de trabalho **voltadas para Unidades de Saúde da Atenção Básica (CAB) – Secretaria Municipal da Saúde (SMS)/SP.**

A proposta deste instrumento é divulgar e alinhar orientações administrativas e técnicas de relevância, como subsídio para a eficácia do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Básica. As normas e rotinas apresentadas serão também referência para a capacitação dos profissionais.

Ressaltamos a importância de sistematizar técnicas e procedimentos em consonância com princípios científicos na perspectiva do aprimoramento da tecnologia do cuidado e para a segurança do usuário.

Distintamente do manejo de equipamentos e aparelhos, a tecnologia do cuidado envolve, além de saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. A prática da Enfermagem exige a observância da legislação profissional, a execução de técnicas corretas e seguras e deve estar centrada no atendimento das necessidades dos usuários.

O conteúdo deste Manual permeia três tecnologias: leve; leve-dura e dura. Norteia as principais ações do Enfermeiro desde as relações com o usuário externo, como no acolhimento; bem como com o usuário interno, na gestão de serviços (tecnologia leve). Traz pontos importantes do processo de enfermagem (tecnologia leve-dura) e, também, apresenta normas de trabalho com equipamentos tecnológicos, como os refrigeradores na sala de vacinas (tecnologia dura).

Neste sentido, este instrumento é apresentado em seis capítulos permeando o conteúdo **Administrativo**, que traz o regimento interno, orientação de supervisão e as relações com o órgão de classe; **Orientações** para a organização de grupos de educação em saúde; **Sistematização** da Assistência em Enfermagem, individual e coletiva; **Orientações** para ações de Educação Permanente em serviço; **Rotinas** de enfermagem nas unidades de Saúde e **Técnicas** e procedimentos de enfermagem mais utilizados nos serviços da Atenção Básica.

Esses capítulos foram desenvolvidos com a preocupação de priorizar referências nacionais e internacionais reconhecidas, bem como Leis e Portarias que subsidiam e regulamentam o exercício profissional da enfermagem. Foram desenhados com o cuidado e o espírito de estimular a prática do trabalho multidisciplinar e em equipe para qualificar a Assistência de Enfermagem.

É com satisfação que a equipe de enfermeiros da Coordenação/Coordenadorias/Supervisões de saúde da Atenção Básica, disponibiliza este conteúdo com o compromisso de revê-lo e atualizá-lo periodicamente e, de acordo com as necessidades rotineiras da rede, divulgar oficialmente em Notas Técnicas via site SMS/SP.

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>

Ressaltamos que o conteúdo registrado neste manual respalda a ações e serviços da equipe de enfermagem da SMS-SP.

*Equipe Técnica de Enfermagem
Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias
SMS-SP*

*Conheça todas as teorias,
Domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas
outra alma humana.*

Carl Gustav Jung

ADMINISTRATIVO

ENFERMAGEM

1. ADMINISTRATIVO - ENFERMAGEM

1.1 ESTRUTURA DA ENFERMAGEM SMS-SP – Atenção Básica

A SMS-SP, como gestora do SUS no Município, por meio da Coordenação da Atenção Básica, formula e implanta políticas e, tem como responsabilidade estabelecer as diretrizes técnicas para o desenvolvimento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde.

Em sua estrutura organizacional, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS), são as instâncias responsáveis pelo acompanhamento das unidades, visando a qualidade e otimização dos serviços. Atualmente, o modelo de gestão por meio de parcerias com Instituições da Sociedade Civil, prevê que este acompanhamento também se dê de forma integrada com as equipes técnicas das Instituições Parceiras.

Na perspectiva da integração e condução dos encaminhamentos, as questões técnicas e éticas das Unidades de Saúde envolvendo profissionais de enfermagem, servidores municipais ou contratados pelos parceiros, de acordo com a necessidade das situações, devem ser tratadas com a Supervisões Técnicas de Saúde (STS), Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e Coordenação da Atenção Básica (CAB).

1.2 REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE / SMS - SÃO PAULO

CAPÍTULO I DAS FINALIDADES OU OBJETIVOS

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para usuários, família, comunidade e equipe de saúde.

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I – Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes da Atenção Básica: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;
- II – Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
- III – Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde.

CAPÍTULO II Da posição:

Posicionar o serviço de enfermagem no organograma institucional.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde é coordenado tecnicamente por enfermeiros.

CAPÍTULO III Da composição:

Art. 3º - O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- I – Enfermeiro / Enfermeiro RT
- II- Técnico de Enfermagem
- III- Auxiliar de Enfermagem

CAPÍTULO IV Da competência

Art. 4º - À Unidade Básica de Saúde Compete:

Fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

Art. 5º - Ao Enfermeiro RT (Responsável Técnico) Compete:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- b) Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- c) Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem e LEP 7498/86;
- d) Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de enfermagem elaborados pela Secretaria Municipal Da Saúde;
- e) Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- f) Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- g) Enviar a cópia de visita fiscalizatória do COREN às devidas instâncias responsáveis pelo serviço de enfermagem na Atenção Básica.

Art. 6º - Ao Enfermeiro Compete:

Lei 7498/86 Art. 11

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

PRIVATIVAMENTE:

- Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Especificidades da Atenção Básica SMS-SP:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- b) Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária e trabalho intersetorial, visando melhor qualidade de vida da população e garantir sua certificação;
- d) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- f) Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejadas.

Art. 7º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 12

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, Observado o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 da LEP 7498/86;
- Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- Participar da equipe de saúde.

Especificidades da Atenção Básica SMS-SP, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- b) Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- d) Desenvolver ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Art. 8º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 13

- O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- Executar ações de tratamento simples;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário;
- Participar da equipe de saúde.

Especificidades da Atenção Básica SMS-SP, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- a) Executar ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- b) Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Executar ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- d) Executar ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Executar ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

CAPÍTULO V

Do Pessoal e seus Requisitos

Os profissionais de enfermagem devem obrigatoriamente possuir registro no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício - Art. 2º da Lei 7498/86.

Art. 9º - Requisitos necessários aos cargos:

I - Enfermeiro:

- a) Efetivo: Ser aprovado no processo seletivo (SMS-SP);
Contratado: outro processo seletivo regulamentado pelo município (OS)
- b) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

II – Técnico de Enfermagem

- a) Ser aprovado no processo seletivo (SMS-SP);
- b) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

III- Auxiliar de Enfermagem:

- a) Ser aprovado no processo seletivo (SMS-SP);
- b) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

1.2.1 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO VI

Do Pessoal e suas Atribuições

Atribuições do pessoal em conformidade com a legislação e normas vigentes, Lei 7498/86 e Decreto 94406/87.

Art. 10º - Atribuições do pessoal

I - ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO-RT, além das estabelecidas pelo COFEN e COREN-SP, deve:

1.	Realizar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
2.	Auxiliar o Enfermeiro a organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais e as questões éticas da profissão;
3.	Viabilizar espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a Supervisão Técnica de Saúde (STS), bem como com a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS);
4.	Realizar o dimensionamento de pessoal junto à equipe de enfermagem da Unidade de saúde

II – ENFERMEIRO

ESPECIALISTA EM SAÚDE – ENFERMEIRO

A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Obs.: A inserção do profissional Enfermeiro na SMS-SP independente do vínculo empregatício:

DEFINIÇÃO: Profissionais com atribuição de realizar atividades Administrativas e Técnicas na área da saúde da Prefeitura do Município de São Paulo;

ABRANGÊNCIA: Áreas que requeiram atividades Administrativas e Técnicas em saúde na PMSP.

REQUISITOS BÁSICOS:

1.	Comunicação: Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.
2.	Flexibilidade: Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.
3.	Iniciativa: Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.
4.	Interesse: Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.
5.	Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.
6.	Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.
7.	Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.
8.	Ética: Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.
9.	Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos funcionários e usuários da PMSP.
10.	Trabalho em Equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.
11.	Visão Sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO

1.	Da organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública:
1.1	Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública;
1.2	Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho dos serviços de enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas;
1.3	Realizar o processo de enfermagem aplicando todas as etapas do processo – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
1.4	Solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e, em rotinas aprovadas pela SMS/PMSP;
1.5	Prestar cuidados de Enfermagem a usuários graves e com risco de vida;
1.6	Prestar Assistência Integral ao indivíduo, família e comunidade;
1.7	Prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
1.8	Realizar a educação em serviço/ continuada/ permanente para equipe de enfermagem;
1.9	Participar no desenvolvimento, implantação, execução e avaliação dos programas de saúde pública;
1.10	Prestar assistência de Enfermagem à gestante, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, criança/adolescente, adulto, deficiente e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde;
1.11	Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;
1.12	Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos indivíduos e famílias na unidade e, quando necessário ou indicado, no domicílio, na rua e/ou demais espaços comunitários, em todas as fases do ciclo de vida, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
1.13	Realizar registro das atividades de enfermagem exercidas, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de enfermagem conforme a rotina administrativa do serviço;
1.14	Planejar e executar visitas domiciliares, visitas técnicas, visitas na rua, de referência da unidade de saúde mediante a característica do serviço de saúde;
1.15	Acompanhar e analisar a produção dos serviços de enfermagem;
1.16	Participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da enfermagem nas unidades de saúde;
1.17	Participar da elaboração/ atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de enfermagem, quando solicitado por SMS/PMSP;
1.18	Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica;
1.19	Realizar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
1.20	Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e da Bioética;
1.21	Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários e aos profissionais durante a assistência de enfermagem;
1.22	Participar em programas de atividades de educação sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
1.23	Manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de referência e contrarreferência;
1.24	Realizar atividades de atenção à saúde/educativas, ações, procedimentos, atividades relacionadas à demanda espontânea de enfermagem;
1.25	Participar da construção do dimensionamento da equipe de enfermagem na unidade de saúde;
1.26	Participar do planejamento e monitorar os estágios curriculares desenvolvidos por SMS/PMSP nas unidades de saúde;
1.27	Participar nos programas de saúde ocupacional e biossegurança;
1.28	Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território.

2.	Da organização dos serviços de saúde:
2.1	Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de saúde, se designado;
2.2	Dirigir ou Assessorar centros de pesquisa e desenvolvimento de projetos, se designado;
2.3	Cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido.

3.	Atribuições específicas do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família/Consultório na Rua (além das referidas nas atribuições gerais do enfermeiro)
3.1	Auxiliar no acompanhamento do trabalho do agente comunitário;
3.2	Acompanhar o cadastramento e atualização dos dados das famílias da área de abrangência realizada pelo agente comunitário na ESF e, dos moradores em situação de rua cadastrados pelos agentes comunitários de saúde da Equipe de Consultório de Rua (ECR).
3.3	Supervisionar e coordenar ações de capacitação dos agentes comunitários de Saúde e de Auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções;
3.4	Participar das reuniões semanais/ diárias da equipe (conforme organização da unidade);
3.5	Acompanhar os boletins de produção referente ao trabalho do Técnico / Auxiliar de Enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde;
3.6	Participar da análise da produção da equipe;
3.7	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade;
3.8	Participar do desenvolvimento de ações intersetoriais integrando projetos específicos da rede de apoio social.

III – TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Técnico em Saúde e Auxiliar Técnico em Saúde (DE ACORDO COM A CRH-G /SMS-SP)

DEFINIÇÃO: Profissionais que realizam atividades técnicas e técnico-auxiliares, na área da saúde da Prefeitura do Município de São Paulo;

ABRANGÊNCIA: Áreas que requeiram atividades técnicas e técnico-auxiliares em saúde na PMSP.

REQUISITOS GERAIS E ESPECÍFICOS

REQUISITOS GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

1.	Ética: Desenvolver as atividades profissionais, Observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.
2.	Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos usuários internos e externos da PMSP/SMS.
3.	Trabalho em Equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.
4.	Visão Sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a interrelação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da PMSP/SMS e seus respectivos impactos no todo.
5.	Comunicação: Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.
6.	Flexibilidade: Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.
7.	Iniciativa: Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.
8.	Interesse: Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.
9.	Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.
10.	Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.
11.	Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1.	Exercer atividades técnicas, de nível médio de assistência de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;
2.	Prestar cuidados diretos de enfermagem a usuários em estado grave;
3.	Assistir ao Enfermeiro nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco, nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
4.	Integrar a equipe de saúde, cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;
5.	Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;
6.	Executar atividades auxiliares atribuídas à equipe de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro; <i>No domicílio, na rua e/ou demais grupos comunitários conforme especificidade do serviço:</i>
6.1	Preparar o usuário para consultas, exames e tratamentos;
6.2	Executar procedimentos de rotina e prescritos;
6.3	Administrar medicamentos mediante prescrições;
6.4	Realizar controle hídrico;
6.5	Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema, calor ou frio;
6.6	Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
6.7	Efetuar controle de usuários e de comunicantes em doenças transmissíveis, bem como as atividades de vigilância em saúde;
6.8	Realizar coleta de material para exames laboratoriais;
6.9	Executar atividades de desinfecção e esterilização;
6.10	Prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário e zelar pela sua segurança;

6.11	Oferecer alimentação ou auxiliar o usuário na alimentação (quando necessário);
6.12	Registrar as atividades de assistência no prontuário do usuário;
6.13	Preencher registros de produção de procedimentos de enfermagem;
6.14	Zelar e proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem. Proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem;
6.15	Orientar os usuários quanto ao cumprimento das prescrições médicas e da enfermagem;
6.16	Integrar a equipe de saúde, participando de atividades de educação e saúde;
6.17	Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de usuários;
6.18	Participar dos procedimentos pós-morte;
6.19	Cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;
7.	Participar de atividades de educação permanente e/ou cursos de capacitação para desenvolvimento profissional
8.	Participar nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONFORME COFEN

De acordo com COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM)

o Decreto nº 94.406/87 de 25 de junho de 1986, são atribuições do Técnico em Enfermagem

1.	Assistir ao Enfermeiro:
1.1	No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem.
1.2	Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a usuários em estado grave.
1.3	Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica.
1.4	Na prevenção voltada ao controle sistemático de infecção nas unidades de serviços de saúde (C.C.I.H.).
1.5	Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a usuários durante a assistência de saúde.
1.6	Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.
1.7	Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

CAPÍTULO VII

Do horário de trabalho

Art. 12 - O atendimento do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores. Podendo, frente à designação dos serviços (previamente agendados) e necessidades locais, realizar ações, procedimentos e atendimentos na rua e comunidades. *Obs.: atentar ao item 1 das atribuições específicas do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem*

CAPÍTULO VIII

Das disposições Gerais ou Transitórias

Art. 13 - Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados (avental e calçados confortáveis descrito no manual de Biossegurança) e identificados com crachás. O profissional deverá apresentar-se com vestimentas apropriadas de acordo com seu trabalho diário (não estar trajando roupas inadequadas: roupas transparentes, minissaia, camisetas que não cubram todo o corpo, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga.);

Art. 14 - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art. 15 - O pessoal de Enfermagem, ao ser admitido, deverá apresentar na sua referencia de RH os documentos relativos à sua categoria profissional solicitados em edital;

Art. 16 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos representantes de enfermagem das Supervisões, Coordenadorias e Atenção Básica SMS-G.

Art. 17 - O Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde da administração direta, bem como o Serviço de Enfermagem contratado por organizações sociais (parcerias/administração indireta), deverão seguir as normas, diretrizes, protocolos e notas técnicas, da Secretaria Municipal da Saúde - SP. As divulgações são realizadas em manuais e no endereço eletrônico:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>

1.3 RESPONSABILIDADE TÉCNICA PERANTE O COREN-RT

Em consonância com a Resolução COFEN – 302/2005 – art. 2º. Todo estabelecimento onde existem atividades de assistência de Enfermagem, deve obrigatoriamente ter um Enfermeiro Responsável Técnico (RT) oficialmente registrado no COREN e apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem (CRT).

Considerando que a Responsabilidade Técnica é uma atividade inerente ao Enfermeiro, pois este possui competências legais privativas e indelegáveis, determinadas na LEI 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional), regulamentada pelo DECRETO 94406/87, a anotação junto ao COREN-SP, deverá ser solicitada para formalização.

O requerimento para CRT pode ser encontrado no site do COREN-SP, assim como, toda a documentação necessária para sua expedição. A concessão do CRT está limitada ao máximo de 02 (dois) para cada Enfermeiro, desde que os vínculos de trabalho não sejam em horários coincidentes (Artigo 5º - Portaria COREN-SP/DIR/27/2007).

Das atuações e atribuições, destacamos oportunizar a equipe de enfermagem à implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como manter as normatizações estabelecidas no código de ética de enfermagem.

Proporcionar e garantir a educação em serviço com o objetivo de atualizar as informações à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade.

Em caso de desligamento da função, o Enfermeiro deve comunicar **imediatamente** por escrito ao COREN-SP e devolver a CRT para o cancelamento da anotação. A unidade de saúde deverá indicar simultaneamente o novo RT.

Obs.: O exercício da Responsabilidade Técnica não implica em recebimento de gratificação ou adicional pelo profissional.

1.4 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM - CEE

A Resolução COFEN 172/1994 e a Decisão COREN – SP DIR/001/2009 preveem a formação de Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) nas unidades de saúde, com as seguintes finalidades:



Cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Decretos, Lei do Exercício Profissional, resoluções e decisões do COREN – SP e COFEN.

Fiscalização do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem;

Orientação quanto às questões referentes ao exercício profissional.

As CEE devem ter autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vínculo ou subordinação ao Enfermeiro RT ou

Gerência / Diretoria de Enfermagem da Instituição.

Na SMS-SP as Comissões de Ética são constituídas nas Supervisões Técnicas de Saúde e acompanhadas pela administração direta, de forma a atender as necessidades e o perfil da sua área de abrangência. Deve ser composta de forma mista, com profissionais da Administração direta e indireta, paritariamente. (Anexo 1).

COMPOSIÇÃO

As **CEE** devem ser compostas conforme a Resolução COFEN 172/1994.

As Comissões de Ética serão instaladas obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- Nas Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) Enfermeiros, a C.E.E. deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) Enfermeiros e 1 (um) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e igual número de suplentes;
- Nas Instituições com 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) Enfermeiros, a C.E.E. deverá ser composta por 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 Enfermeiros e 2 (dois) Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes.

1.5 ORIENTAÇÕES PARA A VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA - SMS/PMSP

1) A visita fiscalizatória deverá ser acompanhada pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou alguém que o represente;

2) O Enfermeiro RT da Unidade deverá encaminhar as cópias das notificações do COREN-SP **para o enfermeiro interlocutor da SUPERVISÃO e, se for necessário, para a Coordenadoria Regional de Saúde**. A resposta à notificação deverá ser redigida pelo enfermeiro RT da unidade em consenso com a Supervisão e/ou Coordenadoria e uma cópia desta deverá ser arquivada em cada instância envolvida. A Coordenação da Atenção Básica deverá ser comunicada quando a situação necessitar.

1.6 DIRETRIZES - ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM ATENÇÃO BÁSICA /SMS-PMSP - ORGANIZAÇÃO BÁSICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE

É imprescindível que o ENFERMEIRO ao assumir uma Unidade de Saúde tenha ciência de suas responsabilidades técnicas, conhecendo e praticando as ATRIBUIÇÕES SMS-SP. As atividades prioritárias semanais / diárias permearão:

1. CONSULTAS

Enfoque em cuidados e ações educativas -> educação em saúde.

Lembrar:

⇒ *A consulta de enfermagem é de alta acuidade e baixa especificidade voltada às necessidades humanas básicas.*

⇒ *A consulta direcionada exclusivamente ao diagnóstico patológico é de responsabilidade médica.*

ENFERMEIROS

2. AÇÕES BÁSICAS EM UNIDADES DE SAÚDE

ATIVIDADES	DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA IDEAL/semana	ORGANIZAÇÃO SEMANAL
⇒ Atividade Administrativa	2	Escala -> Roduziar os sítios de trabalho da equipe periodicamente; Produção; Reuniões administrativas
⇒ Supervisão de Enf. + Procedimentos	10	Supervisão técnica diária Enfermagem e quando necessário, prestar assistência de Enfermagem em situações de urgências e emergências clínicas na Unidade de Saúde, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada, através do referenciamento necessário e adequado, para outros pontos da rede, conforme fluxos institucionais.
⇒ Consulta de Enfermagem	10	20 consultas programadas e 10 eventuais
⇒ Grupo Educativo	2	1 grupo educativo / semana ⇒ Realizar conforme planejamento da unidade.
⇒ Visita Domiciliária	2	2 a 4 VD /semana
⇒ Reunião / Educação em serviço da equipe/ permanente / interna e externa	2	Realizar conforme planejamento da unidade.
⇒ Vigilância epidemiológica	2	Realizar conforme planejamento da unidade. ⇒ Organizar mutirões e campanhas
	Total de 30h/semana	

Obs.: Cabe ao enfermeiro organizar o processo de trabalho diário/semanal e mensal da equipe de enfermagem, atendendo suas atribuições específicas de cada serviço SMS-SP.

TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM

2. AÇÕES BÁSICAS EM UNIDADES DE SAÚDE

ATIVIDADES (Distribuídas em escala pelo enfermeiro da Unidade)	CARGA HORÁRIA IDEAL	ORGANIZAÇÃO SEMANAL (realizada pelo enfermeiro da Unidade)
⇒ Procedimentos de Enfermagem / Ações de Vigilância	24	⇒ Quando necessário auxiliar a equipe de saúde a prestar assistência de Enfermagem em situações de urgências e emergências. ⇒ Participar de mutirões e campanhas
⇒ Visita Domiciliária	2	2 a 4 VD / semana
⇒ Grupo Educativo	2	01 grupo educativo (com pelo menos 10 participantes e duração de 30 minutos)
⇒ * Educação Continuada Interna ou Externa / Reunião Geral da Unidade de Saúde	2	*Roduziar quinzenalmente a carga horária de 2 horas na semana com as atividades de educação continuada, reunião de enfermagem ou geral da Unidade de saúde
	Total de 30h/semana	Obs.: Estar ciente da necessidade de roduziar os sítios de trabalho

Os quadros acima poderão auxiliar os diversos tipos/modelos de equipamentos de saúde da Atenção Básica a distribuírem atividades e carga horária de enfermagem para cada uma dessas atividades, e inserirem as específicas, como, por exemplo, da Estratégia Saúde da Família.

1.7 SUGESTÃO DE ESCALA MENSAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

06 h/plantão

ESCALA DE ENFERMAGEM - 24 HORAS																																				
DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
ENFERMEIROS																																				
NOMES	COREN	HORÁRIO																																		
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM																																				
NOMES	COREN	HORÁRIO																																		
TÉCNICOS																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
AUXILIARES																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				
.....																																				

Atividades / Legenda

Domingo: D	Eletrocardiograma: ECG	Grupo: G	Remoção: Rem
Sábado: S	Medicação: Med	Grupo na Comunidade: GRC	
Folga: F	Vacina: Vc	Visita Domiciliária: VD	
Férias: Fe	Curativo: Cur	Treinamento, similares: Tre	
Coleta de Exames: Col	Inalação: In	Reunião de Equipe: RE	
Papanicolaou: PCG	Esterilização: Est	Reunião Externa: REx	

<p>→ IMPORTANTE ! A escala deve ser rodziada</p>
<p>1- O profissional da enfermagem deverá conhecer e saber atuar em todos os serviços e ações da unidade de saúde</p>
<p>1.1 – O rodízio dos profissionais nos setores (atendimentos, procedimentos e ações) favorece o trabalho em equipe</p>
<p>1.2 – Possibilita ao profissional sempre estar atualizado: equipamentos, instrumentos, medicações, procedimentos e novas ações na unidade</p>
<p>1.3 – Favorece o não usuáriorismo</p>
<p>1.4 – Permite adequações da escala frente aos possíveis situações de absenteísmo</p>
<p>1.5 – Permite o distanciamento de "vícios" na rotina de trabalho.</p>

1.8 SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM – (Visita Técnica)

O processo de supervisão, ou Visita Técnica de enfermagem na unidade de saúde faz parte do dia a dia do enfermeiro:

- Organiza e conduz a equipe;
- Distribui e equaciona as suas atividades;
- Acompanha o andamento do trabalho/verifica condições;
- Acompanha o desempenho do trabalhador;
- Zela pelo cumprimento das normas e rotinas estabelecidas;
- Orienta rotineiramente a equipe;
- Avalia resultados;
- Faz a interface entre o gestor administrativo e a equipe de trabalho.

A supervisão em enfermagem deve buscar estratégias de cooperação no intuito de concretizar o trabalho da equipe, para garantir uma assistência de qualidade à população.

Nessa perspectiva, a Atenção Básica da SMS-SP entende que a visita técnica deve ter caráter de acompanhamento próximo e menos coercitivo e fiscalizador. O processo de supervisão deve privilegiar os aspectos educativos e de formação buscando a sensibilização e o aprimoramento da equipe que resulte em intervenções mais seguras e de qualidade.

“O supervisor deve estabelecer metas a serem alcançadas pela sua equipe, concernentes com as da instituição ou organização e para tanto, deve ter o controle das atividades a serem executadas e pessoal competente para realizá-la” (DUCKER, 1981).

SUPERVISÃO

É a oportunidade de estabelecer as transformações necessárias

- ➔ O que deve permanecer do que está sendo feito
- ➔ O que deve ser retirado
- ➔ O que pode ser transformado

PLANEJAMENTO DA SUPERVISÃO TÉCNICA JUNTO ÀS UNIDADES

- processo de tomada de decisões:

- ➔ Realizar um cronograma de visitas e discuti-lo em reuniões (profissionais da administração direta e indireta).
- ➔ Apresentar o instrumento de registro sobre as questões elencadas para ser observadas na supervisão.
- ➔ O primeiro passo realizado na supervisão da unidade é registrar a situação real, comparar com a ideal e, diante do resultado planejar junto com o funcionário da unidade como se pode chegar mais próximo do ideal possível, desta forma, ir qualificando o serviço de enfermagem de cada unidade a cada supervisão realizada.

Atitudes na Supervisão

É imprescindível numa visita de supervisão o levantamento prévio dos elementos necessários que devem ser Observados com o objetivo proposto.

Deve-se lançar mão dos dados disponíveis em diferentes fontes, sejam eles primários, como relatos de assessores, de usuários, conselhos de saúde, de reuniões, entrevistas ou informações que levaram à detecção de uma determinada situação, ou secundárias, como por exemplo:

Sistemas de Informação: SIA, SIAPS, SIAB e o Painel de Monitoramento; Pacto da Atenção Básica; Parâmetros do Documento Norteador e Assistenciais da Atenção Básica.

- ➔ A equipe técnica de Supervisores de Enfermagem deverá adotar, ao realizar a supervisão, a posição de ouvir o outro e respeitar o seu conhecimento, se necessário solicitar pessoas chaves para acompanhar a visita.
- ➔ Avisar a unidade de saúde sobre a supervisão e registrar o trabalho que existe e está sendo realizado o qual têm como base as relações interpessoais; na segunda considera-se a articulação de saberes e a divisão do trabalho.

1.9 PLANEJAMENTO REFERENTE À SUPERVISÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

<p>1º UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p>SUPERVISÃO DIÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> → Utilizar um roteiro (previamente elaborado), como base para o acompanhamento do serviço de enfermagem. → Registrar, sobretudo, os problemas identificados, assim como as providências a serem tomadas e encaminhar à STS, para conhecimento e o que mais couber. → Acompanhar a resolução das pendências.
<p>2º SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE (STS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar supervisão nas unidades de saúde de acordo com a organização interna das respectivas Coordenadorias. Priorizar as unidades de saúde onde a enfermagem necessita de orientação Técnica, retornando à mesma sempre que necessário; → É necessário realizar supervisão de todas as unidades, no mínimo uma vez a cada semestre; → A Supervisão <i>in loco</i> traz fidedignidade no diagnóstico de necessidades e facilita a intervenção.
<p>3º COORDENADORIAS DE SAÚDE</p>	<p>REALIZAR SUPERVISÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> → junto com STS nas unidades com prioridades de atenção da Supervisão Técnica, sempre que necessário. → junto com parceiros nas unidades elencadas pela STS que necessitam de intervenção. → Estabelecer junto às supervisões Técnicas a rotina de supervisão anual <p>REALIZAR REUNIÃO TÉCNICA</p> <ul style="list-style-type: none"> → junto com parceiros, no mínimo bimestralmente <p>REALIZAR PLANEJAMENTO DE SUPERVISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> → junto com parceiros para o ano seguinte (ou sempre que necessário). → Encaminhar relatório semestral para CAB - dados emergenciais são apontados em reuniões rotineiras = Coordenadoria e Atenção Básica- Enfermagem (Interlocutores)
<p>4º COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>REALIZAR SUPERVISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> → junto com CRS nas unidades com prioridades de atenção da CRS Técnica, sempre que necessário. → junto com parceiros principalmente nas unidades com prioridades de atenção da CRS, sempre que necessário → REALIZAR REUNIÃO TÉCNICA (junto com parceiros) no mínimo quadrimestralmente → REALIZAR PLANEJAMENTO DE SUPERVISÃO (junto com CRS) para o ano seguinte → REALIZAR RELATÓRIO NO FINAL de cada ano (junto com CRS)
<p>A Supervisão (Enfermagem), com representação da Coordenadoria (Enfermagem), deverá se reunir com parceiros no mínimo a cada 2 meses para <i>feedback</i> das visitas, possíveis organizações de fluxos, e demais discussões técnicas e éticas necessárias.</p>	

⇒ RELATÓRIO SUPERVISÃO DIÁRIA EM UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA

Após a supervisão em cada um dos setores relacionados na planilha anterior, registrar situações encontradas onde requer intervenção do enfermeiro da unidade.

RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO DAS SITUAÇÕES ENCONTRADAS EM SUPERVISÃO DIÁRIA							
PLANEJAMENTO DE INTERVENÇÃO							
SITUAÇÃO ENCONTRADA	O que será realizado	Atividades realizadas	Profissionais envolvidos	Prazo (datas)		Local	Recursos
				Início	Fim		
A-	1-						
	2-						
	3-						
B-	1-						
	2-						
	3-						
C-	1-						
	2-						
	3-						
D	1-						
	2-						
	3-						
<i>Se necessário, inserir linhas.</i>							



SUGESTÃO DE ROTEIRO DE SUPERVISÃO NAS UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA REALIZADA PELA SUPERVISÃO DE SAÚDE COM O ENFERMEIRO DA UNIDADE

1º passo - Realizar a supervisão junto com a enfermeira da unidade supervisionada utilizando o ROTEIRO DA SUPERVISÃO DIÁRIA

2º passo - Realizar o RELATÓRIO DE SUPERVISÕES junto com o enfermeiro da unidade (planilha abaixo)
Este instrumento deverá ser entregue às Coordenações de Saúde (em reuniões)

RELATÓRIO DE SUPERVISÕES						
COORDENADORIA SUPERVISÃO						
Supervisor de Enfermagem						
Nome:	Janeiro (mês exemplo) – data da Supervisão = ___/___/___					
Core:						
Unidade Supervisionada						
RT/unidade: _____						
Nome _____						COREn _____
RECURSOS HUMANOS						
Nº Enfermeiros		Obs.:				
Nº Tec. Enfermagem		Obs.:				
Nº Aux. Enfermagem		Obs.:				
Enfº. RT certificado		Obs.:				
Enfº. RT atuante		Obs.:				
ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO	ok	Problemas detectados	Providências	Prazo		Responsável
				Início	Fim	
Todos os serviços funcionam ininterruptamente						
Salas em boas condições						
Disposição dos móveis						
Organização das salas						
Limpeza concorrente						
Fluxo						
Acomodação usuários						
Orientações aos usuários						
Técnica correta						
Validade materiais						
Desinfecção - materiais						
Descarte material						
Estoque material GSS atualizado						
Postura do profissional						
Uniforme						
Uso do EPI						
Registro do procedimento em prontuário						
Registro correto da produção						
Resolução 191 obedecida						
Caixa de emergência inspecionada corretamente (materiais e aparelhos registro de data e assinatura do profissional)						
Realização e Registro corretos do teste de eficácia da esterilização registro de data e assinatura do profissional						
Arquivo do integrador químico em prontuário registro de data e assinatura do profissional						
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO	ok	Problemas detectados	Providências			Responsável
Escala de serviço por setor da unidade						
Supervisão Enfermagem						
Reunião de Enfermagem periódica						
Registro da reunião em livro de atas						
Educação Permanente interna realizada						
Certificado da Ed. Permanente emitido						
Necessidade de capacitação. Qual?						
Acompanhamento/avaliação da limpeza terminal						
Protocolos de Enfermagem em uso (Criança, Mulher, Adulto, Idoso, Normas e Rotinas, Cuidados Domiciliares, Biossegurança, HAS e DM – Auxiliar Enfermagem, Tratamento de Feridas)						
PRODUÇÃO DE ENFERMAGEM	ok	Problemas detectados	Dados e Providências			Responsável
Realização da Consulta de Enfermagem (CE)			Nº CE mês anterior =			
Agenda/o eletrônico da CE						
Metas alcançadas						
Monitoramento da produção do nível médio						
Realização de Grupos Educativos (GE)			Nº GE mês anterior =			
Realização/classificação de curativos de Grau I e II			Nº CURATIVOS mês anterior =			
Visitas domiciliares (VD) realizadas e registradas			Nº VD mês anterior =			
Metas de visitas alcançadas						
ESTRUTURA / RECURSOS MATERIAIS	ok	Problemas detectados	Providências			Responsável
Recursos materiais adequados						
Necessidade de recursos materiais						
Estruturas adequadas ao serviço						
Cilindros de oxigênio em área externa						
Salas de expurgo e esterilização adequadas						
Data ___/___/_____	Assinatura		Carimbo e COREn			
OBS.:ERVAÇÕES:						
Inserir quantas folhas forem necessárias / utilizar verso desta						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ordenar; Organizar; Metodizar; Regularizar

A equipe de enfermagem é formada por profissionais com diferentes níveis de formação e habilidades, designadas a conduzir um processo de cuidados voltados para pessoas com necessidades individuais ou a um grupo de pessoas com necessidades coletivas.

As intervenções de enfermagem, como a consulta, se voltam ao monitoramento do estado de saúde e à resposta aos tratamentos, à redução dos riscos, às necessidades humanas básicas, aos cuidados específicos das patologias ou agravos à saúde, ao auxílio das atividades da vida diária, dando a informação necessária para a tomada de decisões de forma a intervir no processo saúde-doença individual ou coletivo.

O gerenciamento desta equipe é realizado pelo Enfermeiro. Para este profissional está a responsabilidade de realizar o planejamento, a implementação e avaliação das atividades individuais e coletivas da equipe. O resultado das atividades e ações desta equipe são produtos da organização sequencial de atividades, ações e procedimentos realizados de forma metodológica, necessariamente traçada e dirigida pelo enfermeiro.

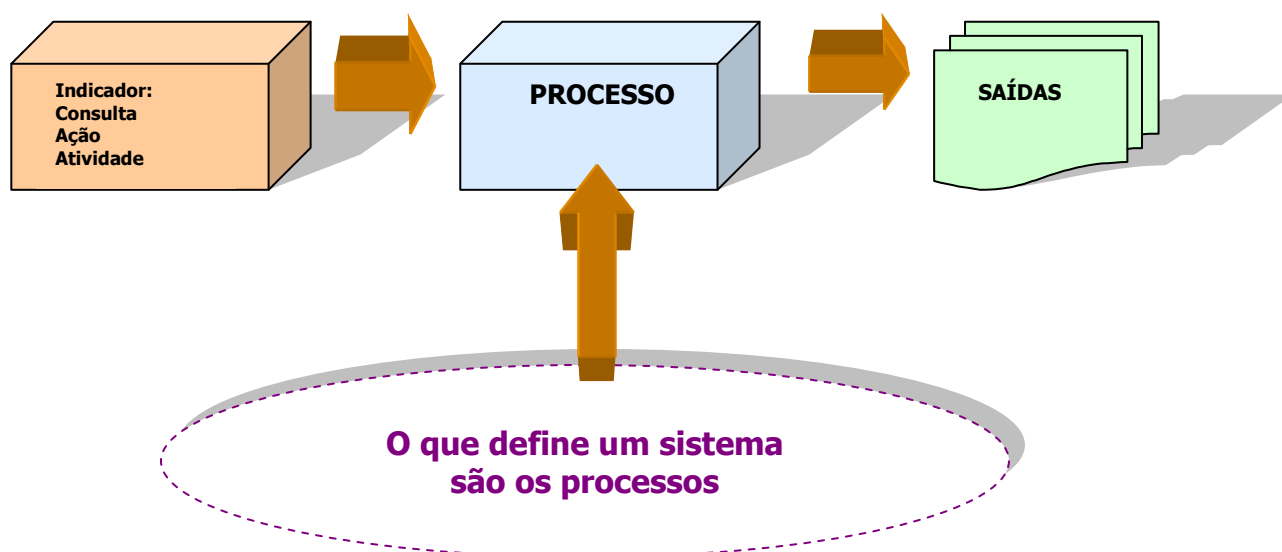
Nas atividades diárias do enfermeiro, além da preocupação com o processo de trabalho da sua equipe, está sua assistência de caráter individual, na realização de suas consultas e de caráter coletivo, quando presta assistência à família e à comunidade. Estas são priorizadas considerando as características locais de morbimortalidade e necessidades da população assistida.

De acordo com a RESOLUÇÃO COFEN 358/2009

A **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM** organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PROCESSO DE ENFERMAGEM.

O **PROCESSO DE ENFERMAGEM** é uma metodologia que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação prática profissional.

A operacionalização e documentação do **PROCESSO DE ENFERMAGEM** evidenciam a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.



Fonte: PEREIRA, CHANES, GALVÃO, 2010

2. 1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – Individual e Coletiva

Sistematizar a Assistência de Enfermagem (SAE) é organizar um processo de trabalho voltado à equipe, pois a SAE não está vinculada somente com atendimento individual dos enfermeiros, todos os membros da equipe de enfermagem são responsáveis pela SAE uma vez que possuem atribuições pertinentes que lhes são delegadas pela lei do exercício profissional. Este processo deve ser documentado

EX.: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

INDIVIDUAL

Indicador objetivo e subjetivo Caso: Tuberculose

- 1- Indicador **subjetivo**: Presença na UBS de um usuário apresentando tosse na recepção da Unidade (Observação do enfermeiro);
- 2- Indicador **subjetivo**: Busca espontânea – queixa tosse;
- 3- Indicador **objetivo**: Encaminhamento da consulta médica para a de enfermagem;

Consulta/Processo de enfermagem

- Histórico: Investigação + Exame físico.
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição (planejamento)
- Evolução (implementação)
- Avaliação

Estabelecer:

METAS PRAZOS E NOVOS OBJETIVOS

- 1- Certificar diagnóstico
- 2- Retorno para checagem do resultado:
SE POSITIVO -> consulta Médica imediata
SE NEGATIVO -> prescrever ações de enfermagem para a equipe se necessário
- 3- Incluir em ações educativas, se necessário.

COLETIVA

Indicador objetivo e subjetivo Caso: Tuberculose

- 1- Indicador **subjetivo**: Visita Domiciliária para tratamento individual de TB
- 2- Indicador **subjetivo**: Visita Domiciliária com proposta de busca de contatos
- 3- Indicador **objetivo**: Encaminhamento de outros profissionais para a de consulta de enfermagem;

Consulta/Processo de enfermagem

- Histórico: Investigação + Exame físico.
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição (planejamento)
- Evolução (implementação)

Estabelecer:

METAS PRAZOS E NOVOS OBJETIVOS

- 1-Certificar diagnóstico familiar ou coletivo
- 2- Identificar locais de ocorrência, *in loco* ou não;
- 2-Planejar ações coletivas, como: campanhas busca ativas, ações educativas
- 3- Encaminhar casos suspeitos para atendimento individual.

PROCESSO DE ENFERMAGEM INDIVIDUAL

Acompanhamento individual - contínuo

Periodicamente:

- **Coleta de dados**: histórico; antecedentes baseado nas necessidades humanas básicas
- **Exame Físico**: individual
- **Diagnóstico de Enfermagem**: individual
- **Prescrição da Assistência de Enfermagem**: Enfermeiro descreve o plano de cuidados para o indivíduo
- **Evolução da Assistência de Enfermagem**: a ser Acompanhada pelo enfermeiro e equipe

PROCESSO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA COLETIVA

- **Coleta de dados**: morbimortalidade; culturais; psicossociais
- **Análise de indicadores**: oficiais e Observacionais
- **Diagnóstico coletivo de enfermagem coletivo e familiar baseado nas necessidades**
- **Prescrição da Assistência de Enfermagem**
 - - Enfermeiro realiza para a família ou no caso da comunidade um plano de ação coletiva através do **Planejamento** das intervenções de caráter **multidisciplinar** ou transdisciplinar, a serem acordados no grupo de profissionais disponíveis para a coletividade em questão. **A equipe de enfermagem, neste caso, atua com a orientação técnica do enfermeiro;**
- **Avaliação das Intervenções**

da RESOLUÇÃO COFEN-358/2009:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

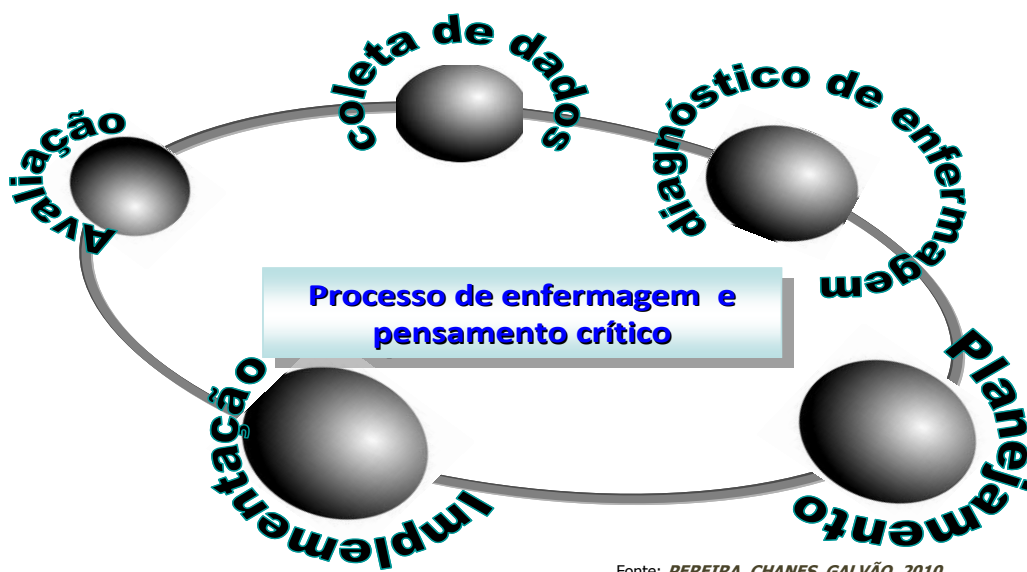
§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. **Art. 2º O Processo de Enfermagem** organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

CENÁRIO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA



A Sistematização da assistência individual, familiar ou coletiva deve prever um planejamento e a escolha de um método científico para o desenvolvimento ou execução de um programa. Esta execução, por sua vez, passará uma ou várias etapas de trabalho.



2.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM - INDIVIDUAL

Sala equipada

1.	Mesa, mínimo de 2 cadeiras
2.	Maca / Divã / Pia
3.	Impressos
4.	Descartáveis: lençol, papel toalha
5.	EPI(s): luvas; avental, óculos, máscara.

Material necessário

1.	Lanterna
2.	Esfigmomanômetro
3.	Toesa = Régua antropométrica
4.	Otoscópio
5.	Oftalmoscópio
6.	Abaixador de língua
7.	Balança: adulto e infantil
8.	Fita métrica
9.	Termômetro digital
10.	Estetoscópio
11.	Martelo para reflexos
12.	Espéculos, foco
13.	Monofilamentos
14.	Diapasão 128 Hz
15.	Sonar fetal ou Pinar.

Obs.: listagem ideal

Execução

1.	Agendamento individual diário / semanal / mensal
2.	Sistematização coletiva é realizada com a equipe multidisciplinar. A participação da equipe de enfermagem nestas equipes é conduzida pelo enfermeiro
3.	Para a consulta individual o enfermeiro deve seguir um instrumento padrão organizado pela instituição (tendo como base as orientações deste manual).

A execução do Processo de Enfermagem DEVE SER REGISTRADO formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo de saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

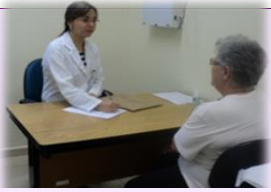
RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

O enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas:

Inspecção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas na coleta de dados ou anamnese.

PASSOS:

1-	COLETA DA HISTÓRIA: Ambiente tranquilo, iluminado, considerar privacidade	
2-	ABORDAGEM (lavagem das mãos) Início -> usuário sentado Expôr a parte a ser examinada, cobrindo o restante do corpo Realizar o exame cefalopodal (em crianças seguir o manual da criança SMS-SP) Explique todos os procedimentos	
3-	INSPEÇÃO -> Observar o "continuum" de forma panorâmica e localizada utilizando visão e audição. PERCUSSÃO -> Colocar em movimento o tecido subjacente: técnica que ajuda a observar se o tecido subjacente é sólido e/ou, se contém ar e/ou líquido PALPAÇÃO -> Tocar observando as estruturas e distinguir as variações do normal ao anormal AUSCULTA -> Com auxílio do estetoscópio pode-se ouvir sons de alta frequência	
4-	SINAIS VITAIS: Temperatura Pulso Respiração Pressão Arterial BCF -> no caso de gestantes Dor	DADOS ANTROPOMÉTRICOS Altura Peso IMC
5-	APARÊNCIA GERAL	

6- EXAME FÍSICO Etapas:

O quadro abaixo exemplifica apenas o exame geral

a.	Higienizar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada			
Gerai	Pele coloração	Inspeccionar todas as partes do corpo. Icterícia, pigmentação, albinismo, palidez, eritema, cianose		
	Pele Temperatura	Hipotermia	Hipertermia	Simetria de temperatura
	Pele Hidratação	Úmida, Lisa	Turgor- mobilidade (prega cutânea)	Teste de Godet Edema com "cacifo"
	Pele Integridade	textura	lesões, máculas, pústulas, vesículas, sardas, nevus	cicatrizes, nódulos
	Unhas	Coloração, brilho textura, palidez, cianose, espessura, enchimento capilar	Formato e contorno (Sinal do perfil), deslocamento	Inflamação, descamação, indicação de presença de fungos
	Pelos e cabelos	Examinar à medida que se inspeciona todas as partes do corpo. Alopecia (queda), pelos em áreas não encontradas normalmente (hipertricoso). Hirsutismo Cabelos: Cor, textura, distribuição e lesões/descamações.		
	Gerai infantil	Pele Lactente	Inspeccionar todas as partes do corpo. Cor da pele: Mancha mongólica, mancha café-com-leite, eritema tóxico ou erupções do RN, icterícia fisiológica, carotenemia	
Pele Temperatura		Hipotermia	Hipertermia	Simetria de temperatura
Pele Hidratação/ Umidade		Vernix caseoso	Turgor - mobilidade (prega cutânea)	Teste de godet Edema com "cacifo"
Pele Textura/ Espessura		Miliária	lesões, máculas, pústulas, vesículas, "Bicada da cegonha", intertrigo, dermatites	Depressão sacrococcígena avermelhada
Unhas		Coloração, brilho textura, palidez, cianose, espessura, enchimento capilar	Formato e contorno (Sinal do perfil), deslocamento	Inflamação
Pelos e cabelos		Examinar à medida que se inspeciona todas as partes do corpo. Lanugem Cabelos: Cor, textura, distribuição e presença de parasitas		
a.		Cabeça e pescoço		
b.	Boca e garganta			
c.	Mama			
d.	Tórax			
e.	Abdome			
f.	Aparelho Geniturinário			
g.	Sistema Músculo esquelético			
h.	Circulação periférica			
i.	Avaliação neurológica			
j.	Pés.			

7 – DIAGNÓSTICO

a. **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) -> Atividade privativa do enfermeiro**

O **DE** provém da identificação clara e específica do enfermeiro sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico).

Sua descrição exige um pensamento crítico e profundo podendo ser registrado em até três partes:

- Nome da alteração encontrada; a causa que levou à esta alteração; e os sinais e sintomas que a define.

LUNA, 2011

Obs.: O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, **QUE TENHA RECONHECIMENTO INTERNACIONAL**, para registrar seu diagnóstico.

8 – PRESCRIÇÃO

a. Conforme Manuais SMS-SP / PORTARIA Nº 915/2015-SMS.G

MOMENTOS DA CONSULTA-> gestante; criança/adolescente; adulto



Fotos - Unidades da Atenção Básica SMS-SP

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

➡ Das atribuições específicas Do Enfermeiro:

II – realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário os clientes a outros serviços.

➡ ATENÇÃO

O enfermeiro pode realizar a prescrição de medicamentos previstos nos protocolos da SMS-SP. Não está mais prevista a transcrição de qualquer medicamento.

⇒ O TERMO TRANSCRIÇÃO NÃO É MAIS UTILIZADO

VD

**visita Domiciliária
VT(s)**

**visitas Técnicas
de Enfermagem**

3. VISITA DOMICILIÁRIA

A Visita Domiciliária (VD) é uma prática voltada ao atendimento ao indivíduo, a família e a comunidade. É uma ação de interação e aproximação entre a equipe de saúde e o foco (indivíduo, família e/ou comunidade).

Por meio da VD é possível “ver dentro”: conhecer o ambiente familiar e as reais condições de vida; habitação, higiene, alimentação, meio ambiente, hábitos e rotinas.

Este conhecimento da realidade e interação com o indivíduo, família e/ou comunidade, traz um sentido de valorização da mesma, facilitando a comunicação e o planejamento dos cuidados num enfoque de corresponsabilização.

A realização da Visita Domiciliária é um processo dinâmico, pois, a cada visita, são identificadas novas situações, que alteram e/ou complementam as outras existentes e que apontam para novas reavaliações e intervenções.

O planejamento para execução e avaliação das VD(s) deve acontecer em caráter MULTIDISCIPLINAR. O *feedback*, para a equipe, o registro dos dados encontrados, a organização das intervenções proveniente das VD(s), resulta em maior qualidade e efetividade, se estes passos forem executados em equipe respeitando as inserções técnicas multidisciplinares.

A VD PODE SER REALIZADA PARA ATENDER VÁRIOS OBJETIVOS:

1.	Prestar cuidados de enfermagem, como por exemplo:
1.1.	Troca de dispositivos invasivos no domicílio (cateter nasoenteral, cateter de gastrostomia, cateter de cistostomia, cateter vesical de demora)
1.2.	Lavagem intestinal (fleet enema e enterocisma)
1.3.	Coleta de material biológico (sangue, urina)
1.4.	Outras classificações de medicações injetáveis (anticoagulantes, complexo vitamínico)
1.5.	Entrega de insumos hospitalares
2.	Orientar cuidados aos cuidadores
3.	Para investigação epidemiológica
4.	Para buscar adesão do usuário ao tratamento
5.	Para busca ativa
6.	Para orientação e encaminhamento a outros recursos da comunidade
7.	Para incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade; entre outros.

Execução do procedimento: Auxiliar e, ou Técnico de Enfermagem e Enfermeiro

Materiais: Insumos e recursos

1.	Prontuário
2.	Material de escritório
3.	Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VD, como: VD para consulta de acamado VD para investigação epidemiológica VD para realização de atendimento em feridas VD para acompanhamento de TB VD para acompanhamento familiar de rotina e para qualquer situação que demande resolubilidade no âmbito domiciliar.

Descrição da Técnica de VD:

1.	Planejamento
2.	Execução
3.	Registro de dados
4.	Avaliação do processo

Descrição do procedimento:

1.	Identificar a necessidade da VISITA DOMICILIÁRIA
2.	Planejar de acordo com a necessidade identificada
3.	Realizar a visita domiciliária possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família Na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita: <i>-> Diga o seu nome, qual é o seu trabalho, a importância do seu trabalho, o motivo da sua visita e, principalmente, se pode ser recebido naquele momento.</i>
4.	Escolher um bom horário. Definir o tempo de duração da visita é recomendável
5.	Levar as informações sobre a família a ser visitada, tratar pelo nome é uma demonstração de interesse
6.	O relacionamento com a família deve ser cordial evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os usuários
7.	Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família - Sempre valorize suas crenças, seu modo de ser, seus problemas e seus sentimentos, esta é uma forma de conquistar confiança. - A visita deve ser objetiva: Só se pede informação daquilo que foi planejado para aquela visita
8.	Caso a VD demande procedimento de enfermagem: - Contatar antecipadamente o usuário - Preparar o material necessário
9.	Na VD o profissional tem muitas oportunidades de ensinar. É um momento onde, mediante os dados coletados, a educação em saúde pode ser realizada
10.	Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

3.1 VISITAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

A visita Técnica é uma das grandes ferramentas utilizada pelos profissionais da área de saúde, que possibilita realizar um diagnóstico sóciofamiliar, construir diagnósticos comunitários, realizar ações de intervenção e vigilância, além de ter um grande enfoque educativo.

A visita Técnica caracterizada pela ida dos profissionais de enfermagem a outros equipamentos da rede ou espaços coletivos como escolas, empresas e unidades prisionais. Tem como objetivo as ações de promoção de saúde que devem ser planejadas por meio do diagnóstico local.

Sendo assim, a mesma não deve ser considerada como visita domiciliária.

Por meio da visita técnica, é possível:

1.	Levantar os problemas situacionais que requerem a ação de enfermagem
2.	Desenvolver ações de vigilância a saúde
3.	Desenvolver ações educativas
4.	Desenvolver ações de matriciamento
5.	Fortalecimento de vínculos e viabilização de parcerias com diversos equipamentos
6.	Realizar campanhas e busca ativa.

3.1.1. VISITA TÉCNICA DE ENFERMAGEM EM ESCOLAS (VTEE)

A interface de maior prevalência destas visitas do enfermeiro nas Escolas de seu território, tem origem no controle das investigações epidemiológicas.

A Visita Técnica de enfermagem nas escolas (**VTEE**) é prática das Unidades de Saúde da Atenção Básica voltada à educação em saúde, ao atendimento individual, ou coletivo às crianças, bem como, aos professores e funcionários da Instituição de Ensino em questão.

A Educação em saúde realizada é uma atividade de extrema importância quando realizada na infância e na adolescência, em busca de comportamentos positivos frente ao reconhecimento do próprio corpo e de suas necessidades, bem como da realidade coletiva e suas necessidades saneantes.

Especificamente a enfermagem nas escolas, de acordo com sua formação, pode exercer suas funções com criatividade, utilizando inúmeras alternativas, mantendo a essência inerente do saber técnico/científico. A atividade promove troca de saberes e intervenções da equipe de saúde com a equipe de educadores e seus educandos. Hoje, a enfermagem tem uma atuação importante no Programa de Saúde na Escola (PSE).

Programa Saúde na Escola (PSE)

Com a inserção do Programa Saúde na Escola (PSE) houve uma melhoria da integração e articulação dos setores educação e saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde já que:

1.	Trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos
2.	Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e
3.	Promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios definidos segundo a área de abrangência das unidades básicas de saúde com ou sem **Estratégia Saúde da Família** (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc.).

No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de

seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral.

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar.

Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

Para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes:

1.	Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública
2.	Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção
3.	Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens
4.	Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes
5.	Monitoramento e Avaliação do Programa.

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14578:programa-saude-nas-escolas&Itemid=817

3.1.2. VISITA TÉCNICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PRISIONAIS (VTEUP)

A Portaria Interministerial Nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos.

Segundo o art. 38 do Código Penal, "o preso conserva os direitos não atingidos pela perda de liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral".

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2010 havia 236 equipes de saúde no sistema penitenciário prestando atendimento a 150 mil pessoas privadas de liberdade. Cabe ressaltar que, geralmente, o ambiente dos presídios possui precárias condições de saúde, apresenta ambiente hostil e insalubre, baixa qualidade da alimentação, várias fontes de estresse e outros fatores que aumentam o risco de adoecimento, sendo um importante caso de ameaça à saúde pública, e, portanto, necessita de atendimento especializado.

Estas equipes de saúde, que realizam atendimento em unidades prisionais, são compostas por: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, técnicos e auxiliar de enfermagem e suas ações são voltadas para a promoção, prevenção e tratamento de agravos. Nas ações de saúde desenvolvidas por estes profissionais englobam: direito a visita íntima, distribuição de kit de medicamentos, consultas médicas, atendimento específico para gestantes, atendimento de saúde mental e bucal.

A atuação do enfermeiro nesse cenário é de caráter preventivo, como: campanhas de vacinação (principalmente contra hepatite), distribuição de preservativos, planejamento familiar (realizar teste imunológico de gravidez), e orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Ainda, realiza coleta de exames laboratoriais, busca ativa utilizando de testes rápidos para HIV, Tuberculose, Sífilis e campanhas educativas sobre as doenças de maior ocorrência nas respectivas unidades prisionais.

Neste contexto, há oportunidade para a enfermagem contribuir para com o resgate da condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico proporcionando conforto e bem estar, minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito; e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana, além de suas atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde individual e coletiva.

A VTEUP PODE SER REALIZADA PARA ATENDER VÁRIOS OBJETIVOS:

1.	Identificar e prevenir os problemas e riscos para a saúde
2.	Atuar nas ações programáticas, referentes aos diagnósticos elencados respeitando normas, rotinas estabelecidas pelas três esferas de Governo
3.	Realizar investigação epidemiológica por meio de busca ativa
4.	Para intervenção epidemiológica – interromper cadeia de transmissão
5.	Prestar cuidados/ procedimentos de enfermagem, quando necessário
6.	Realizar Educação em Saúde: -> orientar / sensibilizar sobre sexualidade, meio de contracepção e prevenção de DST(s), alimentação, higiene, exercício físico
7.	Verificar o estado vacinal e realizar atualizações
8.	Realizar educação em saúde com profissionais da unidade prisional.

Execução do procedimento:

Equipe de Enfermagem e demais profissionais

Materiais: Insumos e recursos

1.	Planilhas para identificação dos casos a serem atendidos
2.	Material de escritório
3.	Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VTUP , como: VTEUP para reunião técnica com profissionais da unidade prisional VTEUP para investigação epidemiológica e para busca ativa de casos específicos VTUEP para testes e coleta de material biológico, quando necessário VTUEP tratamentos e ou ações educativas VTUEP encerramento de casos e avaliações dos trabalhos realizados.

Descrição da Técnica de VTEUP:

1.	Planejamento
2.	Execução
3.	Registro de dados
4.	Avaliação do processo.

Descrição do procedimento:

1.	Certificar sobre a necessidade da VISITA TÉCNICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PRISIONAIS
2.	É importante um contato anterior para agendamento da reunião com pauta específica e teto máximo da mesma
3.	Planejar de acordo com as necessidades identificadas
4.	Para a primeira reunião, escolher o melhor horário para que todos profissionais envolvidos na unidade prisional (ou a maioria) possam participar
5.	Traçar a estratégia de trabalho com cronograma de atividades, respeitando horário e dias sugeridos pela Unidade Prisional em concordância com a Unidade de Saúde
6.	O relacionamento com os profissionais da unidade prisional e com os detentos deve ser o mais cordial possível, evitar extremos de formalidade, ou de intimidade
7.	É importante que os profissionais da unidade prisional participem efetivamente dos processos planejados, bem como no momento da intervenção, pois os mesmos conhecem melhor os detentos
8.	Planejar as ações educativas de forma a permitir a participação do maior número possível dos detentos, bem como dos profissionais da unidade prisional
9.	Caso a VTEUP demande procedimento de enfermagem: - Contatar antecipadamente a unidade prisional, agendar horário; - Preparar e levar o material necessário.
10.	Registrar a(s) atividade(s) e os procedimentos executados no boletim de produção.

- ⇒ As questões da vigilância epidemiológica dentro do sistema prisional seguem as mesmas regras utilizadas nas unidades de saúde, tendo em vista os objetivos de identificar precocemente contatos, realizar ações de intervenção, medidas de controle como profilaxia e tratamento, outros..., com as peculiaridades da situação.
- ⇒ A busca ativa de tuberculose tem um trabalho todo articulado, pois o sistema prisional tem locais de assistência e hospitais específicos e o programa de controle da tuberculose, tanto o estadual como o municipal, trabalha integrados com a SAP (Secretaria da Administração Penitenciária).
- ⇒ Quando da ocorrência de outros agravos, por exemplo, de transmissão respiratória e cujo bloqueio seja vacinal, em geral são combinados com as SUVIS, onde se alocam estes estabelecimentos e organizadas as medidas.
Unidades prisionais – orientação: Elizabeth M. D. S. Jalbert e Patrícia M. Bucheroni -> COVISA

3.1.4. VISITA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DE RUA (VTER) – CONSULTÓRIO NA RUA

Por ser um documento técnico voltado à enfermagem poderíamos referir a esta visita como VTER, mas as orientações que aqui registramos, cabe para qualquer profissional da saúde, portanto colocamos como Visita de Rua (**VR**).

A **VR** é uma prática que primeiramente proporciona um encontro entre o profissional de saúde e a pessoa em situação de rua com o objetivo de criar, fortalecer e consolidar vínculo, a fim de despertar a autoestima levando a pessoa em situação de rua a sentir-se respeitada, valorizada e corresponsável pela sua saúde.

Ao realizarmos a visita à pessoa em situação de rua, devemos considerar a rua como seu domicílio. Para desenvolver o planejamento e a estratégia de ações de cuidado a este usuário, reconhecemos a rua como seu espaço de moradia mesmo com a perspectiva de ser provisório.

Entre os locais de rua reconhecidos como domicílio temos: logradouros públicos, assentamentos, acampamentos, abrigos, centros de acolhida, área de invasão urbana entre outros.

A VR possibilita conhecer a rotina das pessoas, o ambiente onde passam o dia e a noite, onde dormem, quais atividades desenvolvem, onde realizam refeições, onde/como e quando fazem higiene pessoal, com quem se relacionam, entre outras informações.

Para cada informação, é possível discutir com o usuário uma intervenção e, juntamente com a ECR (Equipe de Consultório na Rua), pensar em seu Projeto Terapêutico Singular.

A VR implica num planejamento mínimo, pois as pessoas em situação de rua apresentam itinerância, mesmo aquelas que possuem vaga fixa nos centros de acolhida que funcionam em horário noturno.

Outro aspecto que permeia a VR são as atividades coletivas. A ECR planeja e executa ações coletivas nos centros de acolhida ou mesmo na rua, promovendo o acesso à informação, ao cuidado e à rede de saúde para uma quantidade maior de pessoas em situação de rua.

Para a ECR, o *feedback*, o registro dos dados encontrados, a organização das intervenções proveniente das VR, resultam em maior qualidade e efetividade, se estes passos forem executados em equipe respeitando as inserções técnicas multidisciplinares.

A VR PODE SER REALIZADA PARA ATENDER VÁRIOS OBJETIVOS:

1.	Identificar e prevenir os problemas e riscos para a saúde
2.	Atuar nas ações programáticas, referentes aos diagnósticos elencados respeitando normas, rotinas estabelecidas pelas três esferas de Governo
3.	Realizar investigação epidemiológica por meio de busca ativa
4.	Interromper cadeia de transmissão - Para intervenção epidemiológica
5.	Prestar cuidados/ procedimentos de enfermagem, quando necessário
6.	Realizar Educação em Saúde: orientar / sensibilizar sobre sexualidade, meio de contracepção e prevenção de DST(s), alimentação, higiene, exercício físico, redução de danos entre outras necessidades sugeridas pela ECR e/ou pelos próprios moradores em situação de rua
7.	Verificar o estado vacinal da população e realizar atualizações.

Execução do procedimento:

E Equipe de Enfermagem e demais profissionais

Materiais: Insumos e recursos

1.	Planilhas para identificação dos casos a serem atendidos / ficha de evolução do prontuário
2.	Material de escritório necessário para VR
3.	Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VR, podendo ser estas: VR para reunião técnica com profissionais dos serviços de Assistência Social e/ ou outras entidades que atendem população em situação de rua VR para investigação epidemiológica e para busca ativa de casos específicos VR para testes e coleta de material biológico, quando necessário VR para tratamentos e/ou ações educativas VR encerramento de casos e avaliações dos trabalhos realizados.

Descrição da Técnica de VR:

1.	Planejamento
2.	Execução
3.	Registro de dados
4.	Avaliação do processo.

Descrição do procedimento:

1.	Organizar a VISITA na RUA junto à ECR
2.	Planejar de acordo com as necessidades identificadas
3.	Executar as ações
4.	Registrar a(s) atividade(s) e os procedimentos executados no boletim de produção.
5.	Avaliar as ações realizadas por meio do <i>feedback</i> do(s) usuário(s) ou mesmo da entidade onde foi realizada a ainda, por meio do boletim de produção.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

4. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Realizar a educação permanente

para equipe de enfermagem é, também, atribuição do Enfermeiro conforme número 1.8 Cap. VI – Regimento Interno.

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente. *Davini (2002).*

Em 1978, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) conceitua a Educação Continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais.

A educação continuada também é definida como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.

A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional; finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. *Davini (2002).*

A Lei 8080/90, aponta como premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS. O processo educativo busca desenvolver os profissionais individualmente, bem como potencializá-los para o trabalho em equipe, para atingir seu principal objetivo que é a melhoria da qualidade da assistência prestada aos indivíduos e coletividades.

EDUCAÇÃO PERMANENTE



Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (MS2007).

Apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

*Rev. Bras Enferm, Brasília (DF) 2004
set/out;57(5):605-10*

....incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem.... aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar.

Davini (2002)

Mediante as duas definições acima citadas, entendemos que no dia a dia é necessário observar, avaliar, discutir em equipe, a problemática da execução do trabalho e aplicar o aprimoramento para a equipe na própria rotina de trabalho.

Devem-se levantar os diagnósticos das necessidades, somar informações da equipe de enfermagem, dos profissionais da equipe multidisciplinar, da gerência, dos usuários, bem como avaliar os resultados das ações, procedimentos, atividades desenvolvidas pelos funcionários.

Primeiramente deve-se organizar as necessidades da equipe e inserir os funcionários no ciclo de treinamentos e aprimoramentos oficiais da SMS (agenda única), estimular os cursos EaD e divulgar junto às Supervisões e Coordenadorias os diagnósticos de necessidades levantados.

Fica claro que frente às necessidades atuais, do trabalho em rede e em linhas de cuidados, que a metodologia da educação permanente deve ser privilegiada nas organizações de trabalho.

O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador.

Treinamentos/Capacitações/Orientações internas, muitas vezes de caráter emergencial com a equipe, são necessários.

TREINAMENTOS/CAPACITAÇÕES EM SERVIÇO

Para cada trabalho de Desenvolvimento Técnico realizado na unidade pelo enfermeiro, SUGERIMOS registra-lo em uma PASTA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL – ENFERMAGEM, contendo lista de presença com: o objetivo do treinamento/capacitação, período de execução e avaliação posterior do referido treinamento/Capacitação.

Os enfermeiros elaboradores envolvidos nestes processos educativos devem assinar, datar e colocar número de COREN na referida documentação.

Grupos Educativos

Organização

5. ORIENTAÇÕES BÁSICAS NA CONDUÇÃO E MONTAGEM DE GRUPOS

- Educação em Saúde

O profissional de saúde é um educador em potencial independente do contexto que esteja inserido.

Quando se realiza a educação popular em saúde a postura, a metodologia deve-se contrapor ao modelo tradicional, devem-se buscar formatos de transformação das relações de subordinação e de interlocução em favor da autonomia e da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas. Deve-se trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos por meio de formas coletivas de aprendizado e a promoção do crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e estratégias de luta e enfrentamento.

A Educação em Saúde passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para transformação da realidade.

O trabalho em grupo tem como foco principal a educação em saúde, a mudança de comportamento para o autocuidado.

Saber popular e Saber científico

Em seu dia a dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses.

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.

O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, pré-determinado pelo grupo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo. *Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 série F Educação e Saúde.*

O trabalho realizado pela enfermagem com grupos formados para acompanhamento/monitoramento de doenças crônicas, prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde é um trabalho que deve ser desenvolvido de forma saudável com ações e ensino-aprendizagem que gerem sensibilização dos participantes para importância de conhecer e praticar as melhores estratégias para enfrentamento e prevenção de doenças em busca da qualidade de vida.

A equipe da unidade poderá propor a realização de grupos educativos a partir das necessidades identificadas na atenção aos usuários/usuários: nas consultas, no acolhimento, nas visitas domiciliares e da análise dos indicadores de saúde locais.

GRUPOS EDUCATIVOS

FINALIDADE DO GRUPO

→ Trabalhar aspectos de promoção e prevenção da saúde, funcionando como espaços de educação em saúde, troca de experiências, esclarecimento de dúvidas e aproximação do conhecimento técnico com o saber popular.

ORGANIZAÇÃO

→ Essencialmente multidisciplinar → A participação da equipe multidisciplinar no planejamento dos grupos promove o envolvimento e responsabilização de todos na elaboração do conteúdo, assim como auxilia na divulgação e captação de usuários.

→ Momento onde se identifica o facilitador ou responsável pelo grupo, **com o seguinte perfil:**

FACILITADOR ou RESPONSÁVEL PELO GRUPO

→ É o mediador entre os participantes do grupo e os temas a serem desenvolvidos, criando espaços, mostrando alternativas, despertando o desejo de conhecimento, assegurando o crescimento do grupo e sua integração

→ Deve estar aberto para o diferente, disponível para o diálogo, não devendo se considerar o dono da verdade

→ Respeitar os limites, necessidades e valores de cada indivíduo e do próprio grupo

→ É necessário que domine o conteúdo a ser desenvolvido e as dinâmicas a serem aplicadas
É indicado que tenha vivenciado anteriormente, ou ter muita segurança para conduzi-las.

PLANEJAMENTO

- Deve adequar os horários e pensar em locais ou espaços (na própria unidade ou na comunidade), que favoreçam a adesão
- Conter objetivos; detalhes da metodologia; resultado esperado; avaliação.

CONDUTAS BÁSICAS

Estabelecer um PACTO de convivência com o grupo expondo os objetivos e regras específicas, colocando o contexto, espaço e a duração, envolvendo todo o grupo na aceitação e no compromisso, assim como deve ser realizado pacto de sigilo.

Observar e saber identificar o que o grupo necessita, adequando o planejamento ao desenvolvimento do mesmo e ao objetivo da atividade, para que tenha condições de lidar com as variáveis que poderão surgir durante a dinâmica.

A participação dos integrantes do grupo nas escolhas dos temas a serem tratados é de suma importância, visto que é ponto chave na adesão e participação do grupo, que elencam suas necessidades reais, de conhecimento e de interação com o grupo. O facilitador aproveita a oportunidade para fazer um *link* com os temas de saúde.

Quanto mais participativa for a dinâmica e a metodologia utilizada, mais interesse e participação haverá por partes dos integrantes:

Ex:

1. Grupo dialogado e não expositivo,
2. Uso da música,
3. Da arte,
4. Passeios,
5. Filmes, Ilustrações, outros.



Favorecer um ambiente favorável à quebra de resistência, à consolidação de vínculos de confiança e respeito mútuos.

É importante que o facilitador conheça o espaço físico e adapte-o à técnica que será utilizada.

O material a ser utilizado deve ser preparado com antecedência, inclusive recursos musicais e didáticos.

Estes recursos são importantes para possibilitar a participação e expressão do grupo, como: papel de vários tipos, jornal, lápis, canetas, outros necessários.

Sempre que possível utilizar dois profissionais, um teria a função de facilitador e o outro de ego-auxiliar.

ESTRUTURA BÁSICA DO TRABALHO EM GRUPO

A estrutura do grupo consiste nas três etapas seguintes:

- A fase da **APRESENTAÇÃO** é o primeiro contato do facilitador com o grupo e vice versa. É a fase da criação de vínculos e de tomar conhecimento do funcionamento do grupo. É o momento onde se explica a metodologia a ser utilizada, levantando as expectativas dos participantes. Neste momento podem ser utilizadas dinâmicas de apresentação e de descontração.

- A fase de **DESENVOLVIMENTO** esta dividida em três momentos:

- **Aquecimento** - introduz o tema
- **Aprofundamento** – exploração do tema
- **Processamento** – *feedback* sobre o tema

É nesta fase que geralmente surgem conflitos onde o facilitador pode identificar e trabalhar dentro dos limites e especificidade do grupo.



- A fase de **ENCERRAMENTO** é o momento final a atividade do grupo, onde são realizadas dinâmicas de fechamento e, frequentemente, uma avaliação.

Neste momento o facilitador deve ficar atento para que todos os participantes possam comentar o que sentiram, pensaram e perceberam durante o trabalho, nesta fase pode-se escolher o tema do próximo grupo com objetivo de vínculo e continuidade.

MODELOS DE METODOLOGIAS – Educação em Saúde Individual e coletiva

➤ **TRADICIONAL: Ênfase nos Conteúdos Temáticos**

- Objetivo: ensinar, transmitir
- Chamada de Educação Tradicional ou Educação Pedagógica de transmissão
- Valoriza conhecimentos e valores a serem transmitidos
- Ideias e os conhecimentos são os principais fatores de educação (é seu princípio)
- Indivíduos e coletividades recebem informações
- A recepção de informações é passiva
- Remetem a obediências às normas sem análise e discussão
- Leva ao não desenvolvimento da criatividade, a resolver conflitos presentes na nossa vida de cada dia.

MODELOS DE METODOLOGIAS – Educação em Saúde Individual e coletiva

➤ **PARTICIPATIVO: Ênfase no próprio processo** **Chamada por Paulo Freire de PROBLEMATIZADORA**

- Objetivo: pensar, refletir, transformar-se, transformar
- Destaca a transformação de pessoas, grupos e comunidades
- Interessa-se mais pela interação entre as pessoas e sua realidade, pelo desenvolvimento de sua capacidade intelectual e de sua consciência social
- Preocupa-se em desenvolver nas pessoas a capacidade de Observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e procurar soluções ou respostas adequadas para mudá-las
- Trabalha o aumento da capacidade das pessoas/grupos para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa
- A experiência que deve ser valorizada é a Observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na sua ação transformadora das condições de vida
- O educador/técnico é o facilitador, um cogestor cuja intervenção é a de propor situações de ensino-aprendizagem (ações educativas) que viabilizem a participação real e o diálogo, estimulando a criatividade e a crítica, a tomada de decisões e a própria ação de todos envolvidos
- Os participantes, incluindo o educador/técnico, habitua-se ao trabalho grupal, partindo de problemas concretos e objetivos, desenvolvendo sua consciência crítica e sua responsabilidade baseada na participação
- O conhecimento é socializado e desmitificado, a cultura não é reflexa, mas criativa e autônoma.

**Indivíduos e coletividades são vistos como “sujeito”,
e nossa relação é de diálogo, divisão de responsabilidade. -> É relação de iguais**

➤ **Passos principais do Modelo Participativo:**

- A partir da observação da realidade, permitir às pessoas expressarem suas ideias e opiniões, fazendo, assim uma primeira leitura da situação concreta
- Pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chaves do(s) problema(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta
- Levantamento de questões sobre as causas do problema Observado -> momento que se recorre aos conhecimentos científicos que auxiliam o raciocínio das pessoas na compreensão do problema, não somente suas manifestações empíricas, mas nos princípios teóricos que o explicam, isto é, em suas causas e consequências
- Confrontada a realidade com os conhecimentos existentes e que podem ajudar na resolução do problema, os indivíduos se veem naturalmente movidos a pensar em alternativas de solução para o(s) problema(s) encontrado(s). Esta etapa deve permitir a análise da viabilidade das ações propostas. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações
- Tem como último passo, onde os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s).

Dentro de uma proposta global problematizadora, nada impede a utilização de atividades educativas que contemplem a transmissão de conhecimentos ou aprendizagem de habilidades baseadas em atos normatizados preestabelecidos. O grupo pode necessitar de informações técnico-científicas e, para tanto convidar um profissional da área da saúde da equipe multidisciplinar para ajuda-lo.

Adaptado Ed. em Saúde, CVE-SP, 1997

ROTINAS

6. ROTINAS

6.1 CENTRAL DE MATERIAL – LIMPEZA, DESINFECÇÃO e ESTERILIZAÇÃO

CONSULTORIA TÉCNICA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - COVISA
GERÊNCIA DO CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS - CCD
NÚCLEO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONSULTORIA TÉCNICA
Prof^o Dr^a En^o Kazuko Uchikawa Graziano
Prof^o Dr^a En^o Maria Clara Padoveze

MISSÃO DA CME- Central de Material e Esterilização:

Fornecer material permanente seguramente processado garantindo que os parâmetros pré-estabelecidos para o reprocessamento (materiais seguramente limpos, desinfetados/esterilizados, livres de biofilmes, endotoxinas e outros pirógenos e de substâncias tóxicas utilizadas no processamento) foram atingidos e que são reproduzíveis, conferindo segurança na prática utilizada.

Recomenda-se que todo o **produto para saúde** utilizado na Unidade de Saúde seja processado na Central de Material e Esterilização – CME, independente do seu destino final.

A modalidade de CME vigente na maioria dos serviços de Atenção Primária a Saúde deve atender aos requisitos exigidos para CME Classe I. A CME tipo I, segundo a ANVISA (2012), é definida como:

O CME Classe I é aquela que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

Responsável: Enfermeiro

Cada etapa do processamento do instrumental cirúrgico e dos produtos para saúde deve seguir Procedimento Operacional Padrão - POP elaborado com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente (ANVISA, 2012)

Execução dos Procedimentos: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

As competências do responsável pelo CME do serviço de saúde estão descritas na RDC 15 de 15/03/2012.

6.1.1 CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Central de Material Esterilizado - unidade destinada à recepção, limpeza, descontaminação, inspeção, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais utilizados nas diversas unidades de um estabelecimento de saúde. Pode localizar-se dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

A classificação de áreas críticas, semicríticas e não críticas são feitas de acordo com o risco de aquisição de infecção por usuários/pacientes e profissionais. Este risco é determinado pelo volume de matéria orgânica presente no ambiente, o grau de susceptibilidade do indivíduo e o tipo de procedimento realizado.

Considerando que os procedimentos realizados em Unidade Básica de Saúde – **UBS e Ambulatórios** são de baixa invasão, as áreas podem ser classificadas como **áreas semicríticas e áreas não críticas**.

Entretanto, para fins de racionalização de frequência e tipo de produtos utilizados, algumas áreas da Unidade Básica de Saúde e do Ambulatório, neste documento, são consideradas críticas.

Áreas críticas:

- Centro de Material e Esterilização – CME (área de expurgo, preparo e esterilização).
- Sala de curativos
- Sala de vacinas
- Sala de coleta de exames de laboratório (Papanicolaou).
- Consultório odontológico.
- Sala para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos (biópsias, retirada de nevos, colposcopia e outros)
- Sanitários

Na Atenção Básica, as áreas podem ser classificadas como:

- ⇒ **áreas semicríticas e áreas não críticas.**

Áreas semicríticas:

- Consultórios
- Sala de inalação
- Sala de medicação
- Sala de fisioterapia

Áreas não críticas:

- Administração
- Almoxarifado
- Auditórios


Considerando a CME área crítica, é indicada a frequência diária da limpeza e sempre que necessário, recomenda-se a utilização de desinfetante no piso do expurgo sempre que houver derramamento de matéria orgânica.

Deve-se dar ênfase à frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas, como por ex.: bancadas de trabalho, maçanetas...

6.1.2 SALA DE EXPURGO


Esta área é um espaço fisicamente definido para recepção, separação e lavagem de produtos para saúde. A organização do expurgo visa o adequado processamento dos referidos artigos.

Materiais necessários para uso diário:

<p>EPI (s):</p> <ul style="list-style-type: none"> → Avental impermeável longo, → Luva grossa de cano longo e luva de procedimento, <p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Máscara, → Óculos protetor, → Gorro e → Sapatos fechados. 	
<p>Soluções:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Detergente enzimático (preferencialmente), ou Detergente alcalino, ou neutro. <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Desinfetante → ácido peracético ou hipoclorito de sódio e, → Álcool a 70% específico para superfície. 	
<p>Escovas de cerdas macias</p> <p>3. Ex.: escovas tipo degermação da pele, escovas tipo dental especialmente destinadas para limpeza de materiais e, esponjas não abrasivas</p>	
<p>4. Recipientes plásticos com tampas para cada tipo de solução.</p>	
<p>5. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.</p>	
<p>6. Saco plástico de lixo branco (até 20 litros).</p>	



Estrutura fixa da sala:

<p>Recipientes plásticos com tampa, para:</p> <p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Detergente enzimático (preferencialmente), ou Detergente alcalino, ou neutro → Desinfetantes → ácido peracético ou hipoclorito de sódio 	
<p>2. Lixeira com tampa acionada por pedal;</p>	
<p>3. Pia ou tanque de cuba funda;</p>	
<p>4. Mesa auxiliar ou bancada;</p>	
<p><i>Obs: Não são permitidos armários fechados sob as pias.</i></p>	



Fotos: Unidades da Atenção Básica SMS-SP

Cuidados diários com a sala:

1.	Checar os insumos e artefatos necessários para o trabalho diário de lavagem e desinfecção dos produtos para saúde da unidade
2.	Manter as janelas teladas abertas para ventilação do ambiente
3.	Separar os produtos para saúde por tipo: instrumental, material de plástico e borracha
4.	Organizar a bancada ao término de cada plantão, guardar todos os produtos utilizados na rotina de limpeza e desinfecção
5.	Manter a sala limpa e organizada
6.	Antes de retirar as luvas, lavar as mãos enluvadas; secar e guardar
7.	Retirar os EPI(s) na sala e mantê-los limpos em local apropriado para secagem.

Obs. Limpar as superfícies fixas (mesas, bancadas) com água e sabão líquido, na sequência passar álcool a 70%.

Limpeza dos produtos para saúde:

1.	Diluir o detergente enzimático em quantidade suficiente para o banho de imersão dos produtos para saúde no momento do uso, evitando diluições de grandes quantidades. A solução deve ser utilizada imediatamente após o preparo e não deve ser reutilizada. A reutilização da solução de limpeza pode provocar perda à eficiência (ANVISA, 2012b)
2.	Preencher os lumens dos materiais canulados com detergente enzimático com auxílio de uma seringa. Deixar os produtos para saúde → instrumental, inalador e extensor ("chicote") imerso no detergente enzimático pelo tempo recomendado pelo fabricante (rótulo).
3.	Realizar limpeza mecânica manual por meio de escovas de cerdas macias (ex.: escovas tipo degermação da pele; escovas tipo dental e esponjas não abrasivas) Ou, automatizada (por jato sob pressão ou ultrassônica)
4.	Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor do inalador "chicote"
5.	Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas, inclusive externamente o extensor do inalador. → O lúmen do extensor, secar com fluxo de ar.

Obs Processar semanalmente o **extensor do inalador "chicote"**.

Utensílios:

→	Utilizar recipientes plásticos retangulares com tampa de cores diferentes para:
1.	Inaladores contaminados na sala de inalação.
2.	Inaladores processados, pronto para uso.
→	Utilizar balde plástico com tampa de cores diferentes para:
1.	Detergente líquido enzimático, ou alcalino, ou neutro.
2.	Solução de ácido peracético ou hipoclorito de sódio.

Obs. Limpar as caixas e baldes plásticos ao término do período de 6 horas e ao descartar a solução química (ácido peracético).

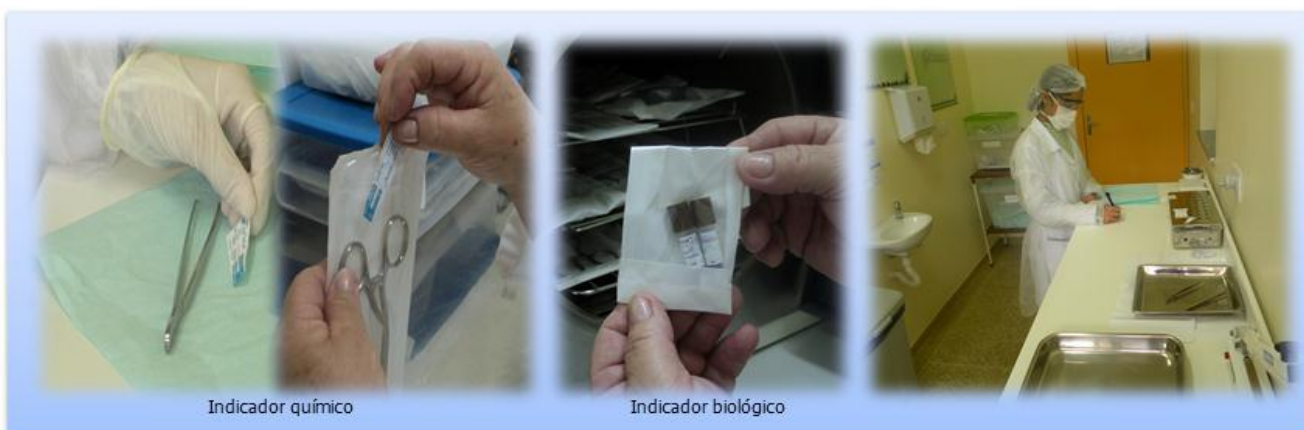
➡ **Sugestão de Espaço Físico Apêndice 2.1**

6.1.3 SALA DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Os produtos para saúde são encaminhados pela área técnica que os utilizam à área de preparo para serem inspecionados quanto à integridade, limpeza e funcionalidade, em seguida embalados, esterilizados, estocados e distribuídos.

Materiais necessários para uso diário:

1. Papel grau cirúrgico ou crepado, ou manta de polipropileno
2. Tesoura
3. Indicador químico classe 1 (fita adesiva "zebrada") ou embalagem impregnada ou rótulo impregnado
4. Indicador químico a partir da classe 4, para monitorar as condições específicas do ciclo de esterilização
5. Indicador: biológico
6. Cadernos de registros dos controles de esterilização
7. Carimbo de identificação do profissional.



Estrutura fixa da sala:

1. Autoclave - É necessário sempre ao adquirir uma autoclave, guardar seu manual de instruções, bem como se informar se o fabricante fará manutenção e validação térmica periodicamente.
2. Seladora, em caso do papel cirúrgico /polietileno/propileno
3. Armário ou prateleira para armazenamento e estocagem
4. Mesa auxiliar e/ou bancada de trabalho
5. Incubadoras para indicador biológico
6. Lixeira com pedal
7. Mesa tipo escrivaninha (se a área física permitir)
8. Cadeira.



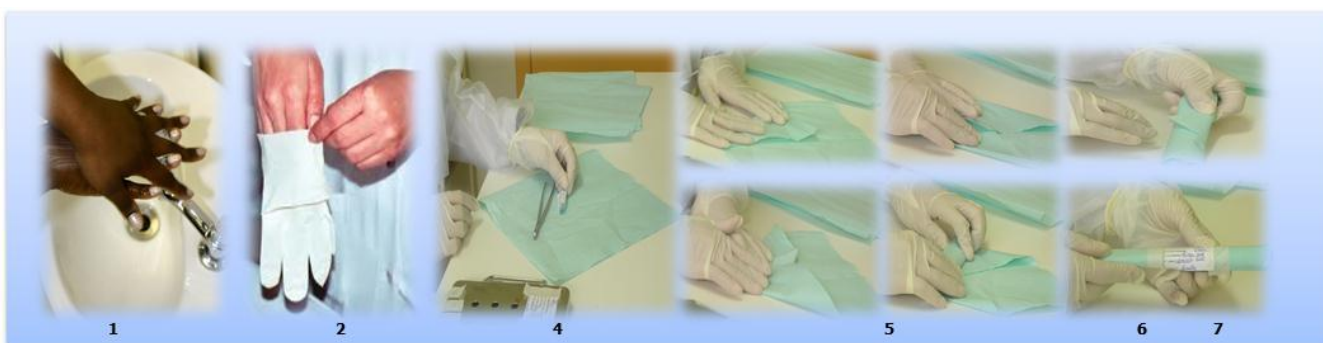
Obs.: foto 3 - armazenamento fora da sala de esterilização.

Cuidados diários com a sala:

1. Checar a autoclave quanto: funcionamento elétrico e reservatório de água
2. Proceder diariamente a limpeza da câmara interna e externa da autoclave com água e detergente, removendo o resíduo do detergente com pano umedecido com água, ou seguindo recomendação específica do fabricante do equipamento
3. Manter a sala limpa e organizada.

Técnica de Preparo dos produtos para saúde:

APÓS LAVAGEM – detergente disponível (Limpeza dos produtos para saúde -> FRICÇÃO MECÂNICA) → Ver quadro - Limpeza dos produtos para saúde acima Obs.: a fricção mecânica é de suma importância e deverá ser intensificada frente ao tipo detergente a ser utilizado ENXAGUAR abundantemente com água potável SECAR - Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.
1. Higienizar as mãos
2. Colocar luvas para procedimento
3. Inspeccionar o produto quanto à integridade, limpeza e funcionalidade
4. Colocar no pacote o indicador químico
5. Embalar com invólucro recomendado
6. Lacrar
7. Identificar no lacre (fita adesiva): considerar especificidade -> RDC 15 de 15/03/12 Art. 85 O rótulo de identificação da embalagem deve conter: Nome do produto, Número do lote; Data da esterilização; Data limite de uso; Método de esterilização; Nome do responsável pelo preparo. De acordo com o preconizado pela ANVISA (2012), a data de limite de uso é definida como: "prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado" → Estudos demonstram que itens embalados e estocados adequadamente mantêm-se com a esterilidade preservada por até 6 meses, DESDE QUE NENHUM EVENTO AFETE A CONDIÇÃO DA INTEGRIDADE – por exemplo, cair no chão, ser apertado com elástico, etc.




Esterilização dos produtos para saúde:

1. Colocar na autoclave os produtos para saúde
2. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor e drenagem do ar e do vapor
3. Ordenar os pacotes mais pesados em baixo
4. Utilizar até 70% da capacidade da câmara da autoclave, deixando as paredes da câmara livres sem apoiar os pacotes
5. A utilização de indicadores biológicos deve ser feita no mínimo 1 vez ao dia, antes do início das atividades (ANVISA, 2012). O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização."
6. Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso
7. Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas
8. Ao término do ciclo e, após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos para a saída do vapor
9. Higienizar as mãos
10. Verificar a integridade, ausência de umidade e manchas nos pacotes
11. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.



Técnica de Armazenamento dos produtos para saúde:

1.	Higienizar as mãos
2.	Estocar os materiais esterilizados em local arejado, sem presença de umidade e de fácil limpeza.
3.	Armazenar somente materiais corretamente identificados (<i>conforme item 7</i> → <i>TÉCNICA DE PREPARO</i>).
	Armazenar os pacotes de modo a assegurar as condições que preservem a esterilidade do conteúdo:
	<ul style="list-style-type: none"> → A prateleira onde serão armazenados os produtos deve estar limpa; → O local de armazenagem não deve apresentar umidade; → O local de armazenagem deve ser específico para guarda de itens estéreis ou, desinfetados (não misturar com outros itens); → As embalagens utilizadas para materiais esterilizados devem ser claramente distintas daquelas utilizadas para materiais apenas desinfetados, para não haver uso equivocado.
4.	<ul style="list-style-type: none"> → Os produtos devem ser estocados somente após serem resfriados; → Os produtos não devem ser compactados ou, agrupados por meio de elásticos ou presilhas; Caso seja necessário organizá-los por tipo de produto, utilizar recipiente que permita a acomodação cuidadosa, sem compressão (recipiente de plástico rígido); → Não estocar produtos pesados sobre mais leves; → Os produtos devem apresentar a embalagem íntegra: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos; → Produtos com embalagem comprometida devem ser considerados contaminados e encaminhados para reesterilização.
	
Observação importante:	
⇒	<p>A manutenção da esterilidade do produto depende de condições que não permitam a penetração de micro-organismos em pacotes esterilizados.</p> <p>Assim sendo, desde que utilizada uma embalagem apropriada, a validade do material esterilizado está diretamente relacionada com:</p> <ul style="list-style-type: none"> → qualidade e integridade da embalagem, → condições de transporte e estocagem e → forma de manuseio apropriada.
⇒	<p>Antes de armazenar novos lotes de produtos esterilizados, verificar as condições de integridade da embalagem dos produtos previamente estocados, removendo para reesterilizar os que estiverem inadequados.</p>

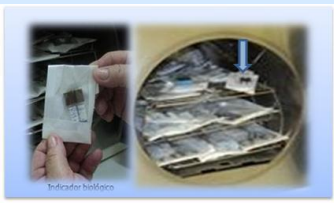
Técnica de utilização de produto esterilizado

1.	Higienizar as mãos
2.	Manusear pacotes esterilizados com cuidado, evitando compressão ou manipulação excessiva
3.	Verificar a embalagem quanto às condições de integridade: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos. Pacotes cuja embalagem não estiver íntegra devem ser considerados contaminados, não utilizados e encaminhados para reesterilização
4.	Verificar as condições do indicador químico externo: Se a fita zebra não estiver completamente revelada, não utilizar e encaminhar para a reesterilização
5.	Abrir a embalagem com técnica asséptica, utilizando o lado apropriado para abertura da selagem ou da abertura da dobra, conforme o tipo de fechamento que o pacote apresentar. Não rasgar ou utilizar tesoura para abertura de pacotes estéreis
6.	Remover o produto com técnica asséptica evitando contaminá-lo com as mãos ou com a face externa do pacote ou se o produto for ser transferido para um campo estéril, utilizar técnica asséptica de transferência, impedindo o contato das mãos ou da face externa do pacote no campo estéril
7.	Verificar as condições do integrador químico interno (integrador), que deverá estar na posição "esterilizado". Caso o integrador indique falha na esterilização ou apresente-se duvidoso, o pacote deverá ser considerado como contaminado o que deverá ser relatado imediatamente para o enfermeiro responsável pela esterilização
8.	No caso de cirurgias, registrar o resultado do indicador químico interno (integrador) ou anexá-lo no prontuário do usuário.
9.	Sempre que um indicador químico interno mostrar-se em posição que indique falha na esterilização ou duvidoso, devem ser estabelecidos processos de avaliação no equipamento de esterilização a fim de identificar as causas da falha ocorrida.

MÉTODOS DE MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO:

Monitoramento Biológico:

É realizado por meio de **indicador biológico** contendo uma população de aproximadamente 10^5 a 10^6 de micro-organismos esporulados, comprovadamente resistentes ao agente esterilizante a ser monitorado.

1.	Identificar cada indicador biológico, com data, identificação da autoclave (para serviços que tenha mais de uma autoclave), hora do processamento, lote, posição do pacote (ex.: porta, meio e fundo)	
2.	Colocar o indicador biológico no meio do maior "pacote desafio" das cargas processadas na UBS, identificando no lacre.	
3.	Esterilizar a carga de maneira usual	
4.	Ao término, deixar esfriar por 10 minutos antes de retirar o indicador biológico.	

Incubadora:


1.	Ligar a incubadora e deixá-la aquecer por 1 hora
2.	Colocar o tubete de plástico no local indicado na incubadora para que a ampola de vidro (interna no tubete de plástico) seja quebrada, se necessário apertar manualmente o tubete de plástico antes de colocar na incubadora
3.	Manter a tampa da incubadora sempre fechada para manutenção da temperatura apropriada para a incubação
4.	Proceder da mesma forma com um indicador que não tenha sido submetido ao processo de esterilização. Este indicador servirá como controle positivo e testará a incubadora, verificando se esta apresenta as condições ideais de temperatura e se os esporos daquele lote de indicadores são viáveis
5.	Incubar o indicador biológico por até 48hs, verificando periodicamente se houve crescimento bacteriano. A cor do meio de cultura permanecerá violeta (negativo) ou amarela (positivo). O tempo de leitura do indicador biológico poderá ser menor, de acordo com a recomendação do fabricante.
6.	Retirar as etiquetas identificadas dos tubetes de plástico para colar no livro de controle.
Obs.: Atentar ao modelo da incubadora, tempo de leitura -> antes de colocar em uso ler orientação do fabricante.	

Monitoramento químico:

O indicador/integrador químico

Os testes químicos podem indicar uma falha potencial no ciclo de esterilização pela mudança na coloração dos indicadores, ou então por outros mecanismos como a fusão de sólidos à temperatura e tempo de exposição pré-determinados.

Integrador químico:

É um indicador químico que, quando colocado no pacote a ser esterilizado, detecta se o agente esterilizante (vapor) atingiu o interior de cada um deles		
1.	Colocar um indicador/integrador químico no meio do maior "pacote desafio" das cargas processadas na UBS, AMA ou outros serviços identificando no lacre	
2.	Processar a carga de acordo com procedimentos estabelecidos e armazenar o material	
3.	Abrir o pacote desafio (na CME), retirar o integrador, realizar a leitura individual Anexar e fazer a anotação no caderno próprio	
Obs.: Os pacotes (que poderão ser definidos previamente por cada Unidade para receber de rotina ou eventualmente o integrador) abertos nos setores (consultório de odontologia, sala de PCG /colocação de DIU, sala de curativo), retirar o integrador, realizar a leitura individual e anexar ou anotar no prontuário.		

Monitoramento físico:

É realizado por meio da verificação da temperatura da autoclave.

→ Utilização da impressão dos parâmetros da autoclave

CONTROLES:	
1.	Registrar em livro próprio na CME o resultado da leitura dos controles (biológico, químico e físico) com a data e nome do profissional que realizou a leitura
2.	Colar a etiqueta do indicador biológico e do indicador químico
3.	Registrar os lotes de esterilização
4.	Registrar eventos de manutenção da autoclave
Obs.: Manter em local visível as de instruções de funcionamento da autoclave.	

É recomendado realizar por laboratório capacitado:	
1.	Qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho, para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para saúde.
2.	Calibração das leitoras de indicadores biológicos e das seladoras térmicas.
3.	As informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento até a desativação ou transferência do equipamento. Referência: Art. 37, 38, 39 e 40 RDC 15 de 15/03/12.

DESINFECÇÃO DE INALADORES

Materiais necessários para uso diário:

EPI (s):	
1.	Avental impermeável longo, luva grossa de cano longo e luva de procedimento, máscara, óculos protetor, gorro e sapatos fechados
2.	Recipientes plásticos com tampa para cada tipo de solução química (ácido peracético ou hipoclorito de sódio).
3.	Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas
4.	Fita reagente para controle da eficácia da solução química (ácido peracético)
5.	Fita adesiva para identificação dos recipientes plásticos (nome do produto, data de validade, nome do profissional e COREN) -> ver item 7 do quadro; Técnica de Preparo dos produtos para saúde
6.	Recipientes plásticos com tampa para cada tipo de solução química (ácido peracético ou hipoclorito de sódio).

Técnica de Desinfecção:

APÓS LAVAGEM – detergente disponível (Limpeza dos produtos para saúde -> FRICÇÃO MECÂNICA)	
→ Ver quadro - Limpeza dos produtos para saúde acima	
Obs.: a fricção mecânica é de suma importância e deverá ser intensificada frente ao tipo detergente a ser utilizado	
1.	Secar o inalador e o extensor "chicote"
2.	Imergir na solução química: obs.: preencher o lúmen do extensor
3a	→ I. Ácido peracético → 10 a 30 minutos conforme a recomendação do fabricante do produto (rótulo) → Obs.: Descartar a solução conforme a indicação da fita reagente e a recomendação do Fabricante.
3b	→ II. Hipoclorito de sódio 1% → 30 minutos → Obs.: Não diluir a solução de hipoclorito de sódio e descartar a cada período (6h).
4.	Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor do inalador "chicote"
5.	Imergir em água potável corrente por 30 minutos, com objetivo de amenizar a impregnação do odor característico do agente químico.
6.	Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas O lúmen do extensor ser seco com fluxo de ar.

Técnica de preparo

1.	Higienizar as mãos
2.	Colocar luvas de procedimento
3.	Inspecionar o produto quanto a integridade, limpeza e funcionalidade
4.	Embalar com invólucro recomendado
5.	Lacrar
6.	Identificar no lacre (fita adesiva) nome do produto, data e nome do profissional que preparou e a data limite de uso do produto esterilizado.

DESINFECÇÃO DE APARELHOS ENDOSCÓPICOS

- Os aparelhos endoscópicos são classificados como material semicrítico, pois entram em contato com mucosa não estéril ou não intacta.
- O processo indicado é a esterilização, se possível, ou a desinfecção de alto nível.
- Atualmente os equipamentos são imersíveis em água e permitem um tratamento adequado de desinfecção.

Recomendações gerais:

1.	Realizar limpeza preliminar imediatamente após o uso para evitar o ressecamento das secreções
2.	Realizar testes de vazamento e de bloqueio antes de submergir o endoscópio em uma solução detergente ou sabão
3.	Enxaguar entre a limpeza e a desinfecção
4.	Irrigar todos os canais com uma seringa até eliminar o ar para evitar espaços mortos
6.	Remover a solução desinfetante aplicando ar mecanicamente antes do enxágue
7.	Descartar a água de enxágue após cada uso para evitar uma concentração de desinfetante que possa causar danos à mucosa
8.	Nunca usar o mesmo recipiente para o enxágue inicial e final
9.	Secar o endoscópio corretamente antes de armazená-lo, para evitar a proliferação de microrganismos em seus canais
10.	Nunca armazenar em um recipiente de transporte.

Materiais necessários para reprocessamento:

1.	EPI (s): Avental impermeável longo, luva grossa de cano longo e luva de procedimento, máscara, óculos protetor, gorro e sapatos fechados
2.	Para teste de vedação: testador de vedação automático ou manual
3.	Para a limpeza: detergente enzimático, água corrente, cubas, escovas para canal e válvulas, pano macio, seringas, válvulas de irrigação dos diferentes canais
4.	Para desinfecção: Cuba com solução desinfetante, seringa, válvulas de irrigação dos diferentes canais, fita reagente para controle da eficácia da solução química (ácido peracético)
5.	Para enxague: água corrente, cuba com água e válvulas de irrigação dos diferentes canais, seringa
6.	Para secagem: Ar comprimido, pistola de ar sob pressão, pano de tecido macio.

Técnica de Limpeza:

1.	Imediatamente após ser retirado do paciente, com o aparelho conectado na fonte de luz, aspirar água com detergente enzimático para limpeza do excesso de secreção no canal. Limpar com compressa o tubo de inserção, retirando o excesso de secreção
2.	Acionar o canal de ar/água, alternadamente por 15 segundos
3.	Retirar o aparelho da fonte elétrica, conectando a seguir a tampa de proteção da parte elétrica
5.	Levar o aparelho para a sala de desinfecção, protegido para evitar manuseios indevidos
6.	Realizar o teste de vedação após cada procedimento, antes de imergir o aparelho em solução
7.	Teste de vedação: a) adaptar o testador de vedação ao aparelho; b) colocar o aparelho na água, imergindo a extremidade distal do aparelho, observando a formação de bolhas; c) imergir lentamente o aparelho até que fique todo imerso; d) realizar movimento para cima, para baixo, para a direita e esquerda, observando a formação de bolhas ou queda de pressão no manômetro. Se apresentar vazamento ou escape de ar, encaminhar para conserto. Somente prosseguir com o processo de limpeza se o aparelho estiver íntegro
8.	Imergir totalmente o aparelho em detergente enzimático
9.	Remover as válvulas, imergir em solução enzimática e proceder a escovação das mesmas
10.	Lavar externamente o aparelho, comando e tubo com compressa macia ou esponja
11.	Introduzir a escova de limpeza no canal de biópsia até a saída na porção distal e escovar a escova de limpeza ao sair na outra extremidade antes de tracioná-la de volta
12.	Introduzir a escova de limpeza em ângulo de 45° através do canal de aspiração até a saída na porção distal do tubo
13.	Introduzir a escova de limpeza através do canal de aspiração em ângulo reto até a saída na parte lateral do tubo conector
14.	Realizar a limpeza da escova novamente antes de tracioná-la
15.	Escovar o local das válvulas com escova própria
16.	Enxaguar os canais, utilizando os acessórios do aparelho fornecidos pelo fabricante para proceder a lavagem e desinfecção, utilizando baixa pressão.
17.	Enxaguar em água corrente abundante. Secar externamente e escorrer bem antes de colocar o aparelho em solução desinfetante.

Técnica de Desinfecção:

1.	Imergir totalmente o aparelho na solução desinfetante e introduzir solução nos canais com auxílio de uma seringa
2.	Cronometrar o tempo de imersão na solução de acordo com a especificação do fabricante do desinfetante
3.	Enxaguar abundantemente com água potável corrente, especialmente os canais (mínimo de 5 vezes, com auxílio de seringa)
4.	Secar o tubo com pano macio.
5.	Secar os canais com ar comprimido sob baixa pressão
6.	Realizar rinsagem com álcool 70% nos canais, seguida de nova secagem com ar comprimido, ao final do período de trabalho
7.	Aplicar óleo silicone nos anéis de borracha das válvulas.

Limpeza e desinfecção dos acessórios:

1.	Escovar o recipiente de água com detergente enzimático, injetar detergente no canal de borracha
2.	Enxaguar com água corrente e injetar água no canal
3.	Imergir o recipiente de água na solução desinfetante no final do turno de trabalho, conforme tempo determinado pelo fabricante.

Condições de armazenagem:

Armazenar os endoscópios em armários ventilados, de fácil limpeza, em temperatura ambiente, evitando umidade e calor excessivo, na posição vertical, com o cuidado de não tracionar o cabo do tubo conector.

6.1.4 LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA – SERVIÇO DE HIGIENE AMBIENTAL

Responsabilidade: Responsável técnico pelo serviço de Higiene Ambiental (limpadora), sob orientação técnica do enfermeiro da unidade.

Execução: Serviço de Higiene Ambiental

1.	Realizar diariamente limpeza concorrente da sala de expurgo e sala de preparo e esterilização com água e sabão. Na presença de sangue, excreção, secreção e rompimento do saco de lixo, deverá retirar com papel absorvente, na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido e realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio. Usar EPI adequado: avental, luvas, óculos de proteção e máscara ou protetor facial.
2.	Realizar semanalmente a limpeza terminal da sala de expurgo e sala de preparo e esterilização – piso, parede, teto, janelas e outros que se fizerem necessários.
3.	Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente (Manual de Biossegurança SMS-SP, 2014). Caixa para descarte de perfurocortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade. Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente (Manual de Biossegurança SMS-SP, 2014). Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó. Os resíduos recolhidos devem ser encaminhados à sala de resíduos ou lixeira.
4.	Recolher os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço.

BIOSSEGURANÇA: Lembre-se que:

- **Usar adequadamente os Equipamentos de Proteção Individual – EPI.**
- **Lavar as mãos antes de calçar as luvas e após a sua retirada.**
- **Lembre-se: para sua segurança → lavar as mãos**

6.2 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Descrição da limpeza da superfície (bancada):

A orientação técnica para limpeza e desinfecção de superfícies visa o controle da infecção cruzada e a realização do procedimento com qualidade e segurança.

O Enfermeiro é o profissional das unidades de saúde que define a execução e a periodicidade do procedimento para garantir o atendimento seguro ao usuário e ao profissional.

Execução do procedimento: Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Materiais: Insumos e recursos

1.	Água
2.	03 Panos limpos
3.	Luva de borracha
4.	Álcool a 70°
5.	Hipoclorito de sódio 1% (para utensílios com secreção)
6.	Sabão líquido
7.	Balde
8.	Papel toalha.

Descrição da limpeza da superfície sem secreção (piso)

->execução do serviço de limpeza - sob orientação técnica do enfermeiro da unidade

1.	Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc)
2.	Calçar as Luvas para borracha
3.	Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo
4.	Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima
5.	Realizar a secagem com um pano limpo e seco.

Descrição da desinfecção da superfície com secreção (piso):

->execução do serviço de limpeza – sob orientação técnica do enfermeiro da unidade

Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento:	
1.	Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo.
2.	Calçar as luvas
3.	Para superfície com secreção realizar a retirada da mesma com papel toalha
4.	Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima.

-> execução da equipe de enfermagem e demais técnicos da saúde ->

1.	Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc.)
2.	Calçar as Luvas para borracha
3.	Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo
4.	Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima
5.	Realizar a secagem com um pano limpo e seco.

Descrição da desinfecção da superfície (bancada):

->execução da equipe de enfermagem e demais técnicos da saúde

1.	Álcool 70° e pano limpo (ou descartável)
2.	Calçar as luvas
3.	Umedecer um pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo.

Deve-se dar ênfase na frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas como, por ex.: bancadas de trabalho, maçanetas.

6.3 SETOR DE MEDICAÇÃO

A organização adequada do setor de medicação visa a realização dos procedimentos com efetividade e segurança, de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito.

Responsável: Enfermeiro

Localização: Próximo à sala de urgência (se houver), à sala de inalação e à sala de curativos. Atentar para a ventilação e à privacidade do usuário durante o atendimento

Execução dos procedimentos: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido.

Materiais: Insumos e recursos

Observações importantes:

1. Medicamentos	Acondicionar de forma a facilitar sua utilização e checagem de sua validade
2. Seringas	Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)
3. Agulhas	Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)
4. Escalpes	Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)
5. Algodão	Sempre protegido
6. Álcool a 70%	Em almotolias identificadas (quando não houver a padronizada SMS-SP)
7. Garrote (tubo de látex)	Desinfecção após uso; acondicionar em local seco longe do calor
8. Cuba rim	Desinfecção a cada procedimento; esterilização se necessário
9. Equipo (macro e microgotas)	Acondicionar em local seco, longe do calor
10. Suporte de soro	Limpeza e desinfecção
11. Braçadeira	Proteger a cada uso; limpeza e desinfecção
12. Sabão líquido	De fácil acesso para lavagem das mãos
13. Esparadrapo/micropore	Acondicionar em local seco longe do calor
14. Caixa para descarte de material perfurocortante	Afixada na parede, não podendo ficar em cima da pia ou qualquer outro móvel
15. Divã	Troca de lençol descartável a cada usuário
16. Escada 02 degraus	Forrar para uso do usuário quando descalço
17. * Cilindro de oxigênio	Longe do alcance dos usuários; checagem do volume de conteúdo estabelecida pelo enfermeiro
18. Caixa de emergência – ou carrinho	Com lacre; ser checada diariamente ou semanalmente dependendo da demanda da unidade, de responsabilidade da rotina estabelecida pelos enfermeiros com reposição imediata
19. Aspirador	Desinfecção e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade; rotina estabelecida pelos enfermeiros (teste diário)
20. Tábua -p/RCP	Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade
21. Esfigmomanômetro (Adulto, pediátrico e obeso)	Acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo.
22. Estetoscópio Adulto e infantil	Desinfecção após uso de cada usuário e manutenção rotineira; acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo
23. Equipamentos/ materiais de emergência	Em local seguro de acesso aos profissionais. Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira, dependendo da característica da demanda da unidade. • Caixa; Mochila; Maleta; Carro de emergência (lacre) -> Medicamentos e insumos orientação REMUME
24. Biombo(s)	Devem ter sua forração plástica ou descartável; Limpeza, Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira
25. Planilhas de produção	Local a ser indicado pelo enfermeiro – deverão ser preenchidos diariamente
26. Maca e cadeira de rodas para obeso	Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade.

Obs.:

****Os cilindros de O₂ devem ser armazenados na parte Externa da unidade, em local seguro, sem passagem de usuários, cobertos e bem fixados.***



OBSERVAÇÕES GERAIS		Recomendações
1.	Diariamente, limpeza concorrente do setor de medicação	Utilizar água, sabão e álcool a 70% nas superfícies; mantendo o local limpo e organizado;
2.	Semanalmente, a limpeza dos armários e gabinetes	Utilizar água, sabão e álcool a 70% nas superfícies; mantendo o local limpo e organizado;
3.	Verificar diariamente ou semanalmente a quantidade de materiais e medicamentos e fazer a reposição, se necessário	Conforme padrão estabelecido; <i>(depende da demanda da unidade)</i>
4.	Checar semanalmente, os medicamentos e materiais da assistência em emergência	Conforme lista de padronização (que deve estar afixada no local);
5.	Checar semanalmente o prazo de validade das medicações	Utilizar primeiramente aqueles com menor prazo de validade;
6.	Testar diariamente os equipamentos de emergência	Checar condição de limpeza e uso;
7.	Para almotolias não padronizadas: Realizar semanalmente a lavagem das almotolias. Após desinfecção (utilizar procedimento descrito para desinfecção de inaladores) preencher as almotolias com volume mínimo de solução e sua reposição deverá ser semanal ou, quando necessário realizar a desinfecção antes da reposição. Acondicionar as almotolias em recipiente tampado. Identificar: data da reposição e assinatura/carimbo e data de vencimento	
8.	Checar diariamente a caixa de descarte de perfurocortantes	Não pode haver sobrecarga desta capacidade; <i>(vide orientações do fabricante)</i>
9.	Atentar diariamente para as normas de biossegurança Supervisionar e salientar a lavagem de mãos.	Utilização de EPI(s); não realizar o reencape das agulhas; Tipo de sapatos, tipo de avental, cuida c/cabelos...

6.4 SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DESTINO FINAL DE RESÍDUOS DOS GRUPOS A, B e E GERADOS NO DOMICÍLIO

O fluxo de recebimento do material gerado na residência dos portadores de agravos à saúde, gerados dos cuidados/tratamentos em domicílio resíduos do Grupo A, Grupo B e Grupo E, devem ter destino adequado e organizado conforme as normas de biossegurança vigente.

RESÍDUOS MAIS COMUNS PROVENIENTE DO DOMICÍLIO

Resíduos Grupo A	Resíduos Biológicos (ex.: desbridamento de lesões crônicas, coberturas de feridas, fitas de glicemia, sistema coletor fechado de drenagem urinária depois de retirado...)
Resíduos Grupo B	Resíduo químico (ex.: frascos com sobra de medicação,...)
Resíduos Grupo E	Perfurocortantes (ex.: agulhas, lâminas de bisturi, vidraria quebrada, lancetas...)

Responsáveis: Profissionais de saúde, cuidadores e usuários.

Execução do procedimento:

USUÁRIOS QUE NECESSITAM DESTE SERVIÇO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Materiais:

1.	Coletores com tampa e parede rígida (resistente a punctura)
2.	Saco branco leitoso com simbologia infectante. Obs.: Atentar ao tipo de descarte para a cor do saco/recipiente (ver Manual de Biossegurança SMS.SP, 2015)

Descrição do procedimento:

A Unidade de Saúde deverá:

EM CASO DE ORIENTAÇÃO AO DESCARTE REALIZADO PELO USUÁRIO
<p>→ Orientar o usuário e seus cuidadores quando da sua ida à Unidade Básica de Saúde de sua área de referencia, sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A realização de precauções de segurança e cuidados com resíduos gerados - quanto à devolução dos resíduos infectantes em classes Grupo A, B e E <p>→ Fornecer material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPI(s) - Sacos plásticos (saco branco leitoso com simbologia infectante) - Caixa de perfurocortante.
<p>CAIXA DE PERFUROCORTANTE</p> <p>A caixa de perfurocortante deve ser entregue ao usuário pelo profissional da equipe de Enfermagem, que orientará como mantê-la.</p> <p>Após a caixa de perfurocortante chegar ao limite permitido (2/3 de sua capacidade), fechar a tampa e levar até a Unidade Básica de referencia acondicionada em um monobloco plástico. O ideal é esse monobloco ser transportado através de veículo.</p> <p>O usuário deve entregar o material infectante em caixa especial fornecida pela unidade e, na falta, com orientação da enfermagem, a alternativa poderá ser acondicioná-los em recipientes resistentes a punctura, com tampa rosqueada e preenchido apenas 2/3 de sua capacidade;</p> <p>→ SACO BRANCO LEITOSO -> RESÍDUO INFECTANTE</p> <p>Saco branco leitoso devidamente identificado, com símbolo de risco biológico impresso.</p> <p>O saco branco leitoso deve ser entregue ao usuário pelo profissional da equipe de Enfermagem, que orientará como mantê-lo.</p> <p>O conteúdo do saco não deve ultrapassar 2/3 do seu limite, possibilitando que seja amarrado e transportado em segurança.</p> <p>Colocar o saco branco com o material biológico lacrado dentro de um monobloco plástico dentro de um veículo, com destino para a Unidade Básica.</p>
<p>O resíduo que chega à unidade, proveniente da residência do usuário, deve ser recebido pelo Auxiliar de Enfermagem, acondicionado em saco branco leitoso com simbologia de resíduo infectante. O Auxiliar de limpeza deve encaminhá-lo para o abrigo de coleta que fica na parte externa da unidade (denominado abrigo intermediário). (RDC 306 ANVISA).</p>



QUANDO NO ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE EM DOMICILIO

Profissionais em atendimento no domicílio (extramuros), retirar os resíduos obedecendo às regras RDC 306 (ANVISA), identificar e colocar a **CAIXA DE PERFUROCORTANTE OU SACO BRANCO** com o material biológico dentro de um monobloco plástico dentro de um veículo, com destino para a Unidade Básica, para que seja disposto no abrigo intermediário.

Para maiores informações consulte o MANUAL DE BIOSSEGURANÇA. 2ª EDIÇÃO SMS/SP, 2015

6.5 SETOR DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

A organização do fluxo dos exames de laboratório na Unidade de Saúde deve ser idealizada respeitando características da UBS e equação dos funcionários. A dinâmica da rotina deve ser sistematizada para manutenção da qualidade do material biológico e integridade do usuário.

Obs.: É importante conhecer o contrato com os laboratórios.

Responsáveis: Enfermeiro

Execução do procedimento: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem


Materiais

Insumos e recursos

1.	Tubos para coleta de exames
2.	Agulhas para a coleta a vácuo
3.	Escalpes
4.	Algodão
5.	Garrote
6.	Álcool 70%
7.	Adaptador para coleta à vácuo
8.	Caixa isotérmica para transporte de material biológico
9.	Gelo reciclável (tipo gelox)
10.	Braçadeira 1 p/ 15 coletas
11.	Caixa de descarte para material perfurocortante
12.	Etiquetas para identificação
13.	Luvas para procedimentos
14.	Impressos/caderno para registro
15.	Grade para suporte dos tubos
16.	Coletor Universal
17.	Coletor de urina pediátrico
18.	Papel Lençol
19.	Sacos de lixo branco
20.	Papel toalha
21.	Sacos tipo flyer
22.	Tira adesiva-saco flyer
23.	Sabão líquido.



Descrição

1.	Preparar a sala que será usada, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários, o que deverá ser feito pelo auxiliar de enfermagem	
2.	Receber o usuário, checando o preparo adequado para o exame; levantando o rol de exames a serem realizados e orientando para os procedimentos	
3.	Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal	
4.	Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor;	
5.	Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos	
6.	Entregar os tubos identificados ao usuário, orientando-o sobre a entrega do resultado e encaminhamento para a coleta	
7.	Receber o usuário no setor de coleta de sangue, orientar o procedimento a ser realizado, checando se os tubos estão corretamente identificados	
8.	Colher o material segundo técnica específica	
9.	Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde	
10.	Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte ao laboratório e conferi-los	
11.	Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança	
12.	Afixar em local de fácil acesso aos funcionários, as normatizações de encaminhamento às unidades de referência, em caso de acidente biológico	
13.	Checar o retorno dos resultados dos exames em caderno próprio de registro; não esquecer de anotar exames não realizados, realizados de forma indevida, etc.	
14.	Encaminhar o resultado ao auxiliar administrativo responsável, para o arquivamento nos respectivos prontuários	
15.	Realizar no expurgo, a lavagem diária das caixas de isopor utilizadas e deixá-las para secagem.	



Observações:

1.	Macas e braçadeiras devem ser mantidas limpas (água e sabão). Caso ocorra contaminação com material biológico, deve-se providenciar sua imediata descontaminação (desinfecção com hipoclorito a 1%) em seguida limpar com água e sabão.
2.	Para a coleta sugere-se solicitar ao usuário documento identificatório com foto.
3.	O acondicionamento das amostras deve ser realizado com devido cuidado (ver manual de coleta de exames laboratoriais SMS-SP), pois o preparo correto da amostra permite a qualidade da sua análise.
4.	A maioria dos materiais biológicos deve ser conservada em refrigeração.
5.	As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.
6.	Os resíduos gerados no posto de coleta deverão ser segregados de acordo com as normas de biossegurança.
7.	Realização da limpeza terminal após coleta.
<p>➔ AS ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES CONSTAM NO MANUAL DO LABORATÓRIO (SMS-SP)</p>	

6.6 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA

SUB GERENCIA EM IMUNIZAÇÃO

Maria Lígia Bacciotte Ramos Nerger -

EQUIPE DE IMUNIZAÇÃO

Adriana Peris Câmara
Deronice Ferreira de Souza
Elaine Rodrigues Barros
João Gregório Neto
José Elisomar Silva de Santana
Luciana Ursini Nunes
Maria Aparecida Miyaoka
Mariana de Souza Araújo
Sirlene Aparecida Negri Glasenapp
Sonia Regina Barreto Víguelis
Susana Gualda de Freitas Rodrigues
Tereza Cristina Guimarães

*Rotina organizada pela equipe da
Subgerência de Imunização/CCD/COVISA/SMS-SP*

O **planejamento** é uma ferramenta administrativa, sendo o lado racional da ação. É básico para o desenvolvimento de qualquer ação ou serviço, permitindo a sistematização e a coordenação do processo de trabalho, a racionalização dos recursos disponíveis, a definição de estratégias e a avaliação dos serviços, com a consequente tomada de decisões e redefinição de rumos, caso necessário.

Quando realizado a partir do nível local, o planejamento oferece condições para a realidade e avaliar caminhos que possam resolver efetivamente os problemas enfrentados pelos executores das ações.

O **Programa Municipal de Imunização (PMI)** segue as diretrizes do **Programa Nacional de Imunização (PNI)** e possui etapas dinâmicas e de grande complexidade, como a rede de frio, logística dos imunobiológicos e insumos, além da definição de estratégias para implementar e operacionalizar as atividades de imunização.

O **PMI** também segue algumas legislações específicas:

- **A Resolução SS – 24, 08/03/2000**, "Estabelece diretrizes para o funcionamento de Serviço de Saúde com atividades de vacinação para a profilaxia de doenças infecciosas imunopreveníveis no Estado de São Paulo".
- **A Instrução Normativa nº 1, 19/08/2004**, refere-se à gestão dos imunobiológicos providos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para fins de controle de doenças imunopreveníveis.
- **A Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 – "Regulamenta o exercício do profissional de enfermagem".
- **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999**, "Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo".

Compete ao PMI a coordenação, planejamento, execução, supervisão e avaliação das ações de imunização, incluindo as estratégias especiais, tais como intensificações, campanhas e vacinações de bloqueio, além da investigação e conduta dos Eventos Adversos temporalmente associados à vacinação e dos Procedimentos Inadequados relacionados com a administração dos imunobiológicos.

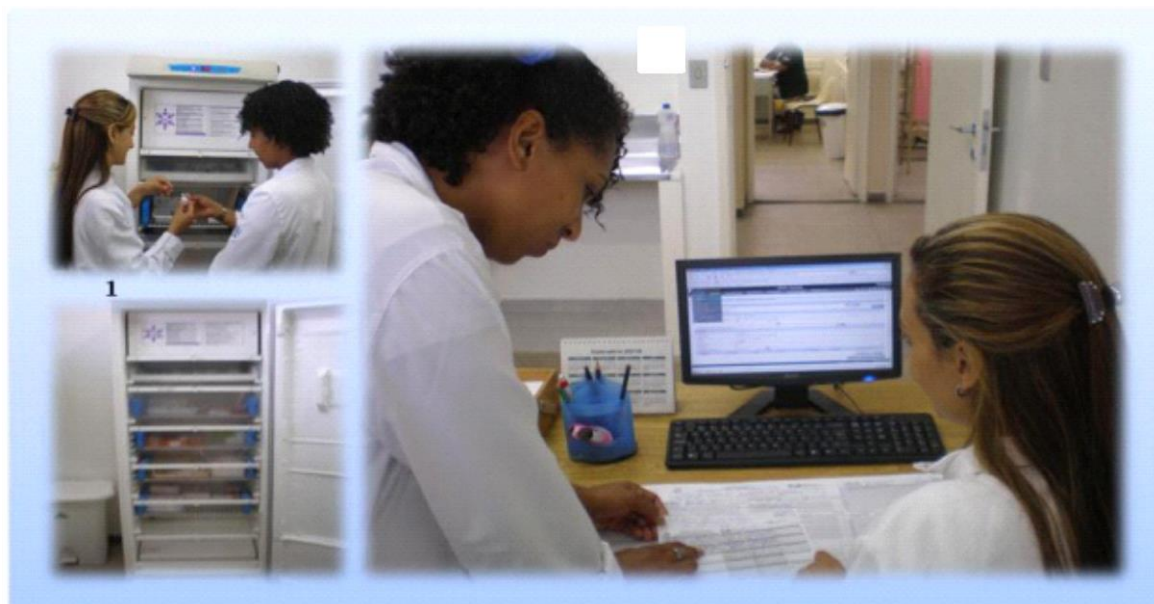
A execução da atividade de vacinação na Unidade Básica de Saúde é realizada pela equipe de enfermagem, que deve ser composta por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem em número suficiente para atender a demanda das estratégias de vacinação de rotina, campanhas e bloqueios vacinais; com treinamento em rede de frio, administração de imunobiológicos, conforme o Calendário Municipal de Vacinação vigente e registro dos dados administrativos.

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Atribuições específicas

Enfermeiro

1.	Exercer todas as atividades de vacinação respeitando as normas técnicas vigentes
2.	Atualizar, supervisionar e treinar em serviço a equipe que atua na sala de vacina
3.	Consolidar os dados de doses de vacinas aplicadas
4.	Preencher o Boletim Mensal de Doses Aplicadas
5.	Fazer controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinas, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios
6.	Fazer controle e previsão de insumos destinados à demanda de vacinação, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios.
7.	Notificar e investigar os Eventos Adversos Vacinal Pós-Vacinação (EAPV) e os procedimentos inadequados de imunização e pós-imunização
8.	Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV
9.	Calcular e avaliar cobertura vacinal e taxa de abandono de sua área de abrangência
10.	Avaliar as anotações do controle de temperatura dos equipamentos de refrigeração e notificar se ocorrer alterações de temperatura
11.	Avaliar sistematicamente as estratégias desenvolvidas.
12.	Alimentar o sistema SIGA VACINA
13.	Avaliar as contraindicações e situações de adiamento sobre a vacina a ser aplicada
14.	Solicitar as vacinas indicadas para a criança após o EAPV



Membros da Equipe de Enfermagem

1.	Manter e fazer manter a ordem e higienização do ambiente
2.	Conhecer as normas de imunização, documentos técnicos sobre as vacinas aplicadas no calendário de vacinação e legislações específicas
3.	Realizar as atividades de vacinação (rotina, campanhas, intensificação e bloqueios)
4.	Identificar as contra indicações e situações de adiamento às aplicações de vacinas (Ato exclusivo do Enfermeiro)
5.	Prestar assistência com segurança
6.	Utilizar os imunobiológicos de acordo com indicação preconizada pelo Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde.
7.	Anotar os procedimentos realizados e registrar na ficha registro as vacinas administradas.
8.	Alimentar o Sistema SIGA VACINA
9.	Manter os imunobiológicos em temperatura adequada (+2º a +8º C)
10.	Notificar à SUVIS e PADI as alterações de temperatura ocorridas no equipamento de refrigeração
11.	Manusear os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento
12.	Realizar limpeza dos equipamentos de refrigeração conforme necessidade: "FANEM" – 1 vez por mês
12.	Geladeira Doméstica – semanalmente A camada de gelo no congelador, não deve ultrapassar 1 cm Operar os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento
13.	Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV (Ato exclusivo do Enfermeiro)
14.	Registrar e desprezar de forma adequada os imunobiológicos inutilizados
15.	Fazer o controle e busca dos faltosos
16.	Realizar, manter e orientar princípios de biossegurança.

Espaço físico

A Sala de Vacina deve ser de **uso exclusivo para atividade de imunização** e ter os seguintes requisitos:

1.	Fácil acesso ao público
2.	Planta física adequada
3.	Ventilação e iluminação adequada, evitando incidência de luz solar direta
4.	Paredes e piso laváveis
5.	Pia com torneira
6.	Tomada para cada equipamento elétrico.


Material Permanente:

1.	Câmara para conservação de imunobiológicos
2.	Bancada ou mesa para o preparo dos imunobiológicos
3.	Bandejas de aço inoxidável de vários tamanhos
4.	Mesa tipo escrivaninha com gavetas
5.	Cadeiras (3 no mínimo)
6.	Computador
7.	Impressora
8.	Fichário ou arquivo
9.	Armário com porta para armazenar material de consumo
10.	Dispensador para sabonete líquido
11.	Suporte para papel toalha
12.	Lixeira com tampa acionada por pedal
13.	Suporte para caixa de descarte de material perfurocortante
14.	Divã.



Material de Apoio e Consumo:

1.	Imunobiológicos
2.	Bandeja plástica perfurada
3.	Termômetro de máxima e mínima digital
4.	Termômetro clínico digital
5.	Algodão hidrófilo ou swab
6.	Recipiente com tampa para algodão
7.	Álcool a 70%;
8.	Recipiente para álcool a 70%; ou almotolia pronta com álcool a 70% para utilização
9.	Caixa térmica
10.	Gelo reutilizável
11.	Seringas descartáveis (1ml, 3ml e 5 ml)
12.	Agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intramuscular e diluição
13.	Sabonete líquido
14.	Papel toalha
15.	Caixa de material perfurocortante
16.	Saco plástico para lixo
17.	Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, almofada para carimbo e outros)
18.	Carimbo com a identificação da Unidade de Saúde
19.	Carimbo para registro de vacina com CNES
20.	Carteira de vacinas e cartão espelho.
21.	Impressos próprios.



Material para Atividade de Vacinação Extra Muros:

1.	Imunobiológicos
2.	Caixa térmica
3.	Gelo reutilizável
4.	Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
5.	Algodão hidrófilo ou swab em recipiente com tampa
6.	Almotolia com álcool a 70% (preferencialmente pronta para uso)
7.	Seringas descartáveis
8.	Agulhas descartáveis
9.	Campo oleado
10.	Caixa própria para descarte de material perfurocortante
11.	Dispensador portátil com álcool gel
12.	Material de escritório
13.	Fita adesiva
14.	Saco plástico para lixo hospitalar e comum
15.	Impressos próprios para estratégia de vacinação
16.	Plástico Bolha.

Material necessário em caso de falta de energia elétrica:

(Vide Documento Técnico Rede de Frio – Subgerência de Imunização/CCD/COVISA)

1.	Caixa térmica
2.	Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
3.	Gelo reutilizável
4.	Fita adesiva
5.	Plástico Bolha.

Impressos e Manuais

1.	Caderneta de Saúde da Criança (menino/ menina) e Caderneta de Vacinação do Adulto
2.	Ficha de Registro de Vacinas
3.	Mapa de Registro de Doses Aplicadas de Vacinas – SI-API
4.	Boletim mensal de doses aplicadas – SI-API
5.	Mapa para Registro Diário de temperatura
6.	Mapa de movimento de imunobiológicos – SI-AIU
7.	Boletim mensal de movimento de imunobiológicos – SI-AIU
8.	Ficha de investigação de EAPV
9.	Ficha de investigação de Procedimento Inadequado
10.	Ficha de notificação de alteração de temperatura
11.	Mapas e boletins específicos para estratégias de Campanhas de Vacinação
12.	Norma Técnica do Programa de Imunização
13.	Manual de Procedimentos para Vacinação
14.	Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
15.	Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação
16.	Documento Técnico Rede de Frio → Subgerência de Imunização/CCD/COVISA
17.	Informes Técnicos
18.	Aerograma.

Início do Trabalho Diário:

Antes de iniciar as atividades diárias a equipe deve:

- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, as temperaturas máxima, mínima e do momento da Câmara de Conservação de Vacinas
- Realizar higienização das superfícies e bancadas de trabalho
- Verificar o estoque, prazo de validade dos imunobiológicos dispondo-os de maneira que, os que estiverem com o prazo de validade mais próximo do vencimento fiquem logo na frente para serem utilizados
- Retirar do compartimento de estoque a quantidade de vacinas e respectivos diluentes e acondicioná-los no compartimento de uso diário para que sejam utilizados durante a jornada de trabalho
- Fazer anotação no Mapa SI-AIU, à medida que os imunobiológicos forem sendo utilizados.



Atendimento:

1.	É 1º ATENDIMENTO?	Verificar se o usuário está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno (pois, o mesmo pode já possuir a caderneta de vacinação)
2.	1º ATENDIMENTO	Para primeira vez, fornecer (se não tiver) documento de registro de vacinação (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinação do Adulto)
3.	RETORNO	Verificar no arquivo a Ficha de Registro de Vacinas e/ou SIGA (Sistema de Informação para Gestão e Assistência a Saúde)
4.	JUNTO AO USUÁRIO	Obter informações a respeito do estado de saúde do usuário a ser vacinado, evitando falsas contraindicações. Orientar a importância da vacinação, esquema vacinal, retornos e possíveis EAPVs .
5.	ANOTAÇÕES:	<ol style="list-style-type: none"> Fazer o registro do lote, validade e vacina a ser administrada: Mapa de Registro de Doses – aplicadas de vacinas – SI-API Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacina Adulto, carimbar e datar Ficha de Registro da Vacina ou SIGA Mapa de Registro de Doses Agendar retorno
6.	ADMINISTRAÇÃO DO IMUNOBIOLÓGICO:	<ol style="list-style-type: none"> Verificar qual vacina será administrada de acordo com o Calendário Vacinal vigente Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado Higienizar as mãos com água e sabonete líquido Examinar o produto observando aspecto da solução, estado da embalagem, prazo de validade, número do lote, dose e via de administração preconizada Preparar e administrar a vacina Observar a ocorrência de possíveis reações imediatas Desprezar o material descartável na caixa de material perfurocortante Reforçar as orientações Rubricar o documento de registro (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinas Adulto), Conferindo o agendamento do retorno Higienizar as mãos com água e sabonete líquido.

Encerramento do Trabalho Diário:

Ao final do dia:

- a- Desprezar os frascos de vacina que ultrapassaram o prazo para uso estabelecido após a abertura do frasco
- b- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, a temperatura máxima, mínima e do momento da Câmara de Conservação de Vacinas
- c- Guardar no compartimento de estoque as vacinas que ainda podem ser utilizadas
- d- Guardar todo material
- e- Avaliar estoque das vacinas e se necessário fazer solicitação de grade de complementação.

Busca de Faltosos:

A busca de faltosos pode ser feita semanalmente ou quinzenalmente, de acordo com a dinâmica do serviço de saúde, podendo ser adotadas as seguintes estratégias:

- Realizar visita domiciliária
- Contato telefônico
- Enviar carta, ou aerograma, ou e-mail
- Usar outros recursos da comunidade, tais como: conselho comunitário, grupos de igreja, rádio comunitária, escolas e outros.



→ Das vacinas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde SMS-SP, Abaixo ilustramos os principais momentos de preparo da vacina BCG



Fotos - Unidades da Atenção Básica SMS-SP

Higienização da Câmara de Conservação de Vacina

Vide Documento Técnico Rede de Frio – Subgerência de Imunização/CCD/COVISA
- Apêndice 1

Higienização Ambiente da Sala de Vacina

Equipe de Enfermagem - Higienização diária e sempre que necessário, de bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%. Limpeza terminal semanalmente.

Serviço de Higiene – Utilizar técnica estabelecida pela empresa contratada, sendo que a periodicidade deverá ser:

- **Limpeza Concorrente** – diária e quantas vezes ao dia forem necessárias;
- **Limpeza terminal** – semanal.

6.7 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE INALAÇÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Insumos e recursos

1.	Caixa plástica com tampa (de preferência branca/transparente) para acondicionar conjuntos de inaladores pós-processamento de desinfecção, devidamente identificada
2.	Conjuntos de inaladores processados suficientes para demanda da unidade
3.	Caixa plástica com tampa (não branca) para acondicionar conjuntos de inaladores para processamento de desinfecção
4.	Armário fechado com portas (laváveis)
5.	Almotolia com álcool a 70% (preferencialmente pronta para uso)
6.	Sabão líquido – dispensador para sabão líquido
7.	Papel toalha - papelaria no padrão usado por SMS; não usar peças embutidas
8.	Impresso para anotação de produção
9.	Saco para acondicionamento dos Kits de inalação.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Atribuições específicas: Enfermeiro

1.	Solicitar, junto ao serviço administrativo a substituição dos conjuntos quando necessário
2.	Solicitar a reposição de oxigênio junto à gerencia da UBS, quando necessário
3.	Checar limpeza concorrente diária, ou quando necessário
4.	Checar anotação de produção
5.	Realizar educação em serviço.

Atribuições: Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

1.	Checar o quantitativo de inaladores a processar e processados
2.	Avaliar as condições dos conjuntos de inaladores (aparência – <i>fosco/riscado/rachado</i> - e funcionamento)

6.8 ROTINA DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE CURATIVOS

Realizado por:
Ana Maria Amato Bergo e
Soraia Rizzo

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO Atribuições específicas: Enfermeiro

Atribuições do Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

1.	Realizar consulta de enfermagem: avaliação, classificação da ferida, prescrição de cobertura adequada e Evolução conforme protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético
2.	Encaminhar o usuário para avaliação médica (clínico) para determinar a etiologia da lesão ou em caso de intercorrências
3.	Solicitar, quando necessário, exames laboratoriais - conforme padronizado no protocolo
4.	Prescrever, quando indicado, as coberturas para curativo das lesões - conforme padronizado no protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético
5.	Executar o curativo - conforme padronizado no protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético
6.	Evoluir (descrever) a ferida - preencher a Ficha de Evolução ou Prontuário
7.	Reavaliar periodicamente de acordo com o grau de complexidade e necessidade, ao menos uma vez a cada 30 dias.
8.	Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo
9.	Fazer a previsão e controle de consumo das coberturas para realização dos curativos
10.	Alimentar o Banco de dados (Programa Proibido Feridas).

1.	Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento
2.	Receber o usuário acomodando-o em posição confortável e que permita ao profissional boa visualização da lesão
3.	Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro
4.	Orientar o usuário quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais
5.	Proceder à limpeza do instrumental se necessário
6.	Fazer a desinfecção de superfície
7.	Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser executado. No primeiro atendimento explicar ao usuário a técnica do curativo
8.	Realizar anotação de enfermagem conforme protocolo
9.	Realizar anotação do material utilizado.



Materiais: Insumos e Recursos

1.	Uma mesa tipo escrivaninha (com revestimento de material lavável);
2.	Armário fechado ou gabinete com portas (laváveis);
3.	Almotolia com álcool a 70% e outra com clorexidina aquosa (preferencialmente pronta para uso)
4.	Papel toalha - papeladeira no padrão usado por SMS - não usar peças embutidas
5.	Caixa para aquecer o soro fisiológico / micro-ondas
6.	Impressos em geral
7.	Um divã para realização do curativo e exame clínico
8.	Três cadeiras tipo hospitalar
9.	Um carro para curativo em aço inoxidável
10.	Uma lixeira com tampa acionada por pedal
11.	Um mocho
12.	Um refletor parabólico, com haste flexível e cúpula (110 v)
13.	Uma escada de dois degraus
14.	Sabão líquido – dispensador para o sabão líquido por aspersão, sem o toque de mãos no botão de acionamento ou orifício de saída.
15.	Diferentes coberturas primárias e secundárias de acordo ao protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético.

Obs.: orientações sobre lay out e organização da sala -> Engenharia SMS-G -> Apêndice 2



HIGIENIZAÇÃO AMBIENTE DA SALA DE CURATIVOS

Equipe de Enfermagem

- Higienização diária e sempre que necessário, das bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%.

Serviço de Higiene – Utilizar técnica estabelecida pela empresa contratada, sendo que a periodicidade deverá ser:

- **Limpeza Concorrente** – diária e quantas vezes ao dia for necessária.
- **Limpeza terminal** – semanal ou diária se necessária.

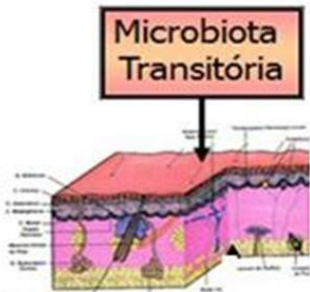
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

7. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

7.1 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

É o simples ato de Higienizar as mãos com água e sabão preferencialmente neutro -> podendo em algumas situações utilizar antisséptico.

Finalidade

1.	<p>Remover micro-organismos da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.</p>	<p style="text-align: center;">Transmissão de micro-organismos</p> <p style="text-align: center;">Microbiota Transitória</p>  <p style="text-align: center;"><i>adaptado projeto "mãos limpas são mãos mais seguras" CVE / DIH gov. Estado de São Paulo, 2011</i></p>
----	---	---

Hábitos importantes e necessários

1.	Higienizar as mãos ao chegar na unidade de trabalho.
2.	Manter as unhas naturais, limpas e curtas
3.	Não usar unhas postiças quando entrar em contato com o usuário
4.	Evitar uso de esmaltes nas unhas
5.	Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o usuário
6.	Aplicar creme nas mãos para evitar ressecamento (uso individual)
7.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não abrir ou fechar portas com luvas ou com sujidades nas mãos ➤ Não atender ao telefone com luvas ➤ Não ficar com a mesma luva por período prolongado sem trocá-la e sem lavagem das mãos.

Via de transmissão

1.	As mãos constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos usuários da saúde
2.	<p>A pele reserva diversos micro-organismos, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bactérias <i>gram negativas</i> -> gastroenterites agudas ➤ Bactérias <i>gram positivas</i>-> infecções na pele.

ATENÇÃO: os profissionais com lesão cutânea ou exsudativas devem evitar o contato direto com usuários.

Produtos

1.	SABONETES: tem ação detergente, remove sujidades, detritos e impurezas da pele ou outras superfícies. O uso de sabão líquido é obrigatório nos hospitais e nas unidades de saúde
2.	ÁLCOOL GEL: podem ser usados para higienização das mãos, é insuficiente quando as mãos estão sujas e, não substitui a lavagem das mãos.

Hábitos de higiene pessoal - Higienizar as MÃOS

1.	Antes e após:	<ul style="list-style-type: none"> → Utilizar o sanitário
2.	Após:	<ul style="list-style-type: none"> → Coçar ou assoar o nariz → Pentear os cabelos → Cobrir a boca ao espirrar → Manusear dinheiro



<p>1 Antes de contato com o usuário</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o usuário.</p> <p>POR QUE? Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.</p>
<p>2 Antes da realização de qualquer procedimento</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento (dos mais simples aos mais complexos).</p> <p>POR QUE? Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos das mãos do profissional para o usuário, incluindo os micro-organismos do próprio usuário.</p>
<p>3 Após realização de qualquer procedimento ou exposição a fluidos corporais</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após realização de qualquer procedimento, ou risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas).</p> <p>POR QUE? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do usuário a outros profissionais ou usuários.</p>
<p>4 Após contato com o usuário</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos após contato com o usuário, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao usuário.</p> <p>POR QUE? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do próprio usuário. Ex: Aperto de mãos; após manipular documentos apresentados pelo usuário /documentos internos da unidade (prontuário/ fichas de arquivo).</p>
<p>5 Após contato com mobília utilizada para tratamento, pertences e documentos referentes ao usuário</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto ou outro pertence, documento do usuário ou referente ao usuário que fique arquivado na unidade, ou tocar nas cadeiras, macas de tratamento dos usuários.</p> <p>POR QUE ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies de cadeiras, macas, poltronas de tratamento, pertencentes do usuário, documentos referente ao usuário, trazidos por ele ou arquivados na unidade, evitando a transmissão de micro-organismos que estejam eventualmente nos mesmos.</p>

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

PASSOS:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.

2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).

3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.

4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.

5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

7. Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.

8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.

9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.

10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.

11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

IMPORTANTE

- ⇒ No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.
- ⇒ O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.
- ⇒ Deve-se evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele.

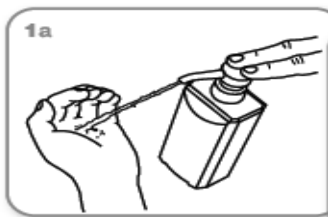
http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/conteudo/c_tecnicas.htm
PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE M. S.; ANVISA; FIOCRUZ, 2013

TÉCNICA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÕES ALCOÓLICAS

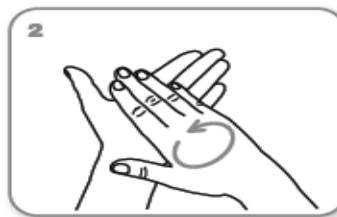
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



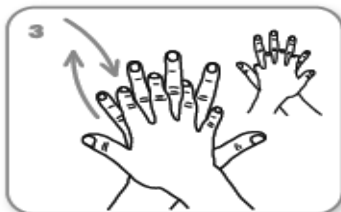
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



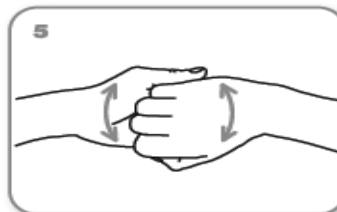
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



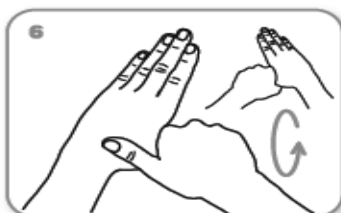
3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



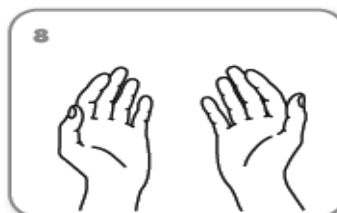
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

- Soluções à base de álcool, com ou sem emoliente, em formulação líquida ou gel podem ser usadas, porém cabe ressaltar que são ineficientes quando as mãos estão sujas (RDC 42, de 25/10/2010).
- Obs.: Preparação alcoólica para higienização das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70%.

➔ **DEVE SER REALIZADO APENAS QUANDO NÃO HOUVER SUJIDADE VISÍVEL NAS MÃOS**

➔ **A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÕES ALCOÓLICAS PODE SER REALIZADA DE 05 a 10 VEZES -> APÓS REALIZAR A HIGIENIZAÇÃO COM ÁGUA E SABÃO. (VER ORIENTAÇÃO DO FABRICANTE),**

➔ **Importante:** para evitar ressecamento e dermatites, não higienize as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de usar uma preparação alcoólica. Depois de higienizar as mãos com preparação alcoólica, deixe que elas sequem espontaneamente ao ar (sem secar as mãos com papel toalha).

Fonte: Segurança do paciente em serviços de saúde – ANVISA /HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Atenção !

Os profissionais com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas, devem evitar contato com o usuário.

HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA CIRÚRGICA OU PREPARO OPERATÓRIO

Também denominada como escovação das mãos

→ mediante o procedimento a ser realizado a equipe (médicos/enfermeiros) irá decidir pela utilização desta técnica



Consultar Manual de Biossegurança 2ª ed. – SMS / SP, 2015

7.2 CURATIVOS

Realizado por:
Ana Maria Amato Bergo
Soraia Rizzo

Ferida é a perda da continuidade dos tecidos, ou seja, é a quebra da sua integridade pelo rompimento de suas camadas.

Esta interrupção da estrutura anatômica compromete suas funções fisiológicas, independentes do(s) tecido(s) envolvido(s).

Dentre os diversos fatores que dificultam a cicatrização, destacam-se alguns, como: pressão, infecção, edema, agentes tópicos inadequados, idade, obesidade, medicamentos sistêmicos, estresse, a ansiedade e a depressão, tabagismo, alcoolismo dentre outros, além de que quanto maior for o tempo de evolução da úlcera, bem como sua extensão e profundidade, maior será o tempo necessário à cicatrização.

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação do usuário como todo
2.	Avaliação da ferida.

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Soro fisiológico (0,9%)
2.	Álcool a 70%
3.	Antisséptico tipo Clorexidina degermante
4.	Agulha 40/12
5.	Seringa 20ml
6.	Gazes não estéreis e estéreis, chumaço de gaze estéril
7.	Luva de procedimento
8.	Protetor para a cama ou balde da casa a ser utilizado somente para esta finalidade
9.	Bacia de inox
10.	Saco plástico para proteger a bacia de inox
11.	Saco plástico para lixo (cor branca)
12.	Coberturas diversas de acordo ao protocolo
13.	Faixa crepe de tamanhos previamente avaliados (10 cm, 15 cm, 20 cm)
14.	Fixadores do tipo micropore, fita adesiva ou similar
15.	Protetores cutâneos
16.	Bisturi e ou Tesoura (mayo e iris)
17.	Pinça Kelly, pinça anatômica e ou pinça mosquito.

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento
4.	Aquecer o soro
5.	Reunir o material e levá-lo para próximo do paciente/usuário
6.	Explicar ao paciente/usuário o que será realizado
7.	Colocar o paciente/usuário na posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada
8.	Proteger o local dos líquidos que serão escorridos na limpeza da lesão (protetor para cama ou balde, ou bacia de inox com protetor plástico)
9.	Escolher um local limpo (ou limpar) e adequado para abrir os materiais a serem utilizados
10.	Abrir o material a ser utilizado, com técnica asséptica
11.	Calçar luvas para procedimentos
12.	Remover o curativo anterior, utilizando solução fisiológica se houver aderência
13.	Jogar o curativo anterior e as luvas no lixo (retirar luvas: a; b; c; d; e) conforme figura abaixo
14.	Calçar novas luvas para procedimentos
15.	Inspecionar cuidadosamente a ferida e os tecidos adjacentes
16.	Limpar a lesão com jato de soro e de acordo com os princípios de limpeza e secar a pele ao redor
17.	Aplicar o curativo selecionado/prescrito e cobrir
18.	Cobrir e fixar
19.	Datar e assinar o curativo
20.	Remover as luvas e todo material que não se aproveita, jogando-os no lixo
21.	Remover e acondicionar todo o material utilizado em local adequado
22.	Registrar o procedimento: (instrumento de produção e prontuário do usuário).
23.	Modelo de divã e lavapés.



Considerações:

Quando o usuário apresentar mais de uma lesão, a realização dos curativos deve seguir a mesma orientação para o potencial de contaminação: do menos contaminado, para o mais contaminado.

Antes de iniciar a limpeza da úlcera, remover a cobertura anterior, de forma não traumática.

Se a cobertura primária for de gaze, irrigar abundantemente com soro fisiológico, para que as gazes se soltem sem ocasionar sangramento.

A despeito da técnica limpa, é recomendado o uso de luvas de procedimento e instrumentais estéreis, somados aos princípios de assepsia, o que inclui o ambiente e as mãos. Tal técnica pode ser denominada como não estéril.

Orientação dispensada ao doente e família/cuidador em relação:

- Aos cuidados com o curativo (evitar sujidades)
- À periodicidade de troca e incentivo ao autocuidado
- Às atividades da vida diária
- À necessidade de completar o registro dos dados e das condutas adotadas e executadas.

IMPORTANTE:

1.	Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida
2.	Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária
3.	A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada
4.	Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%
5.	O protetor plástica da bacia inox deverá ser desprezado / conteúdo líquido em local apropriado e após desprezado no lixo
6.	Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade
7.	O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujidade de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo
8.	Quando na realização de curativos em Feridas Cirúrgicas e Traumáticas: Consultar o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e Pé Diabético
9.	Caso a sala não tenha condições físicas de acomodar os insumos descritos deverá ser providenciado à melhor forma de se adequar ao ideal.

CUIDADOS DOMICILIARES

Reforçar aos responsáveis cuidadores e ao paciente, quando este tiver condições, as ações específicas ao autocuidado desenvolvidas durante as visitas. São cuidados constantes no domicílio de responsabilidade dos cuidadores ou pacientes:

1.	Identificar as características mínimas normais das coberturas secundárias e da pele ao redor
2.	Manusear e trocar os curativos secundários apenas
3.	Não molhar durante o banho salvo necessidades (diarreia com abundante comprometimento da ferida, e outros)
4.	Realizar os cuidados preventivos pertinentes ao caso segundo sua etiologia (ver protocolo de Prevenção e tratamento de feridas crônicas e do pé diabético as medidas preventivas para orientação)
5.	Manter tratamento médico e de enfermagem adequadamente.

ORIENTAÇÕES GERAIS

A equipe multiprofissional deve em DOMICÍLIO:

- Conhecer as necessidades da família
- Identificar cuidadores potenciais com nível cognitivo adequado e habilidade motora
- Respeitar as diferenças culturais e religiosas
- Manter dialogo em nível adequado, com orientações e explicações compreensíveis
- Deixar o cuidador e usuário seguros quanto as suas atribuições.

7.3 RETIRADA DE PONTOS

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

Responsável: Enfermeiro

1. Avaliação (preenchimento da ficha específica quando necessário)
--

Execução da prescrição: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais:

1.	Tesoura de Íris
2.	Gazes (estéril)
3.	Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
4.	Luvas para Procedimento
5.	Soro Fisiológico 0,9%
6.	Antisséptico do tipo clorexidina aquosa a 2%
7.	Avental.

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

1.	Orientar o usuário sobre o procedimento;
2.	Higienizar as mãos
3.	Preparar o material (abrir pacote de retirada de pinto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo)
4.	Higienizar as mãos
5.	Expor a área
6.	Realizar antisepsia do local de retirada dos pontos (umedecer a gaze com Clorexidina, fazer a limpeza do local a partir da incisão cirúrgica - área menos contaminada e após umedecer outra gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza da forma como explicada anteriormente); Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;
7.	Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante
8.	Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;
9.	Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo branco leitoso;
10.	Fazer leve compressão no local com gaze seca
11.	Desprezar o material utilizado em local apropriado
12.	Retirar EPI e Higienizar as mãos
13.	Registrar o procedimento no prontuário.
	CONSIDERAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">➤ Observar presença de sinais flogísticos comunicando ao enfermeiro➤ Realizar curativo se presença de sangramento ou outra intercorrências.➤ Caso deiscência no local, enfermeiro avaliar se remove ou não os pontos, realizar curativo conforme Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas Crônicas e do Pé Diabético e encaminhar ao local que realizou a cirurgia..

7.4 COLETA DE SANGUE CAPILAR (GLICEMIA)

Procedimento que consiste na punção da face lateral da falange distal, onde é coletada uma amostra de sangue capilar para detectar o nível glicêmico do indivíduo.

Em nossas unidades são utilizados monitores / glicosímetros / medidor de glicemia portáteis, que são indicadas às pessoas que necessitam fazer o controle diário (indicação/prescrição médica) do controle da glicemia (devido à necessidade de detectar alterações glicêmicas importantes naquele momento) ao fato destas sofrerem subseqüentes alterações da glicemia durante o dia.

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação: mediante resultado com alterações, o enfermeiro deve encaminhar à educação em saúde, orientar autocuidado e/ou a efetivação da consulta, ou realizar o agendamento da consulta médica
2.	Realizar Consulta de Enfermagem, quando necessário -> agendar retorno

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Cuba com algodão para limpeza e álcool a 70%, ou <i>swab</i> com álcool. A melhor técnica é pedir para o usuário lavar e secar bem as mãos.
2.	Selecionar o material de coleta monitores portáteis de glicose ou, glicosímetro de acordo com a padronização SMS Lanceta descartável com proteção, ou seja, lancetas com dispositivos de segurança para o profissional não correr risco de entrar em contato com a ponta da agulha
3.	Luvas para procedimento
4.	Monitores portáteis de glicose (são rápidos e fáceis para medir a glicose, permitindo seu uso em larga escala e no automonitoramento da glicemia em jejum)
5.	Caixa para descarte de material perfurocortante.

Certificar

1.	Verificar validade das tiras reagentes para determinação de glicose no sangue
2.	Verificar as restrições de dieta
3.	Calibragem do aparelho
4.	Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado
5.	Disponibilizar a requisição de exames, identificar e posicionar o usuário.

Descrição

1.	Localizar superfície na face lateral, da falange distal (extremidade) dos dedos médio ou anular em crianças maiores de um ano e em adultos
2.	Higienizar as mãos – técnica indicada no manual de biossegurança e neste manual
3.	Calçar luvas
4.	Fazer assepsia do local da punção e permitir secagem natural (álcool a 70%), ou solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão
5.	Preparar a lanceta de punção, ou preparar o lancetador ou caneta de punção (<i>seguir a orientação do fabricante</i>)
6.	Deixar o braço do usuário pendente ao longo do corpo por 30 segundos
7.	Pressionar o dedo da base para a ponta
8.	Puncionar a - face lateral da falange distal com lanceta
9.	Caneta para punção - lancetador; a agulha só sai quando o dispositivo é acionado pelo o profissional na pele do usuário. Neste caso uma vez retraído a agulha não existe possibilidade de reutilização.
10.	Quando punção mecânica - descartar a lanceta (cuidar para não ocasionar acidente perfurocortante)
11.	Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita reagente
12.	Limpar o local com algodão seco
13.	Pressionar o local da punção com algodão ou gaze e elevar ligeiramente a extremidade puncionada acima do nível do coração para interromper a saída de sangue
14.	Descartar a fita na lixeira de material contaminado
15.	Acompanhar a avaliação realizada pelo monitor portátil ou acompanhar o resultado das tiras de leitura
16.	Ler o resultado
17.	Descalçar as luvas e Higienizar as mãos
18.	Anotar em prontuário e no boletim de produção
19.	Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento.



7.5 TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ URINÁRIO (DETECÇÃO DE HCG NA URINA)

Exame mais comumente feito com a finalidade de detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião

Geralmente realizado após o 10º. dia de atraso menstrual para detectar a gravidez (seguir orientação do fabricante do teste)

Para realização do exame a mulher não deve estar apresentando sangramento, nem utilizando pomadas ou cremes vaginais.

Responsável: Enfermeiro

Avaliação:	
1.	Frente ao resultado positivo, o enfermeiro deve realizar a primeira consulta de enfermagem, solicitar todos os exames indicados para início do pré-natal e agendar a primeira consulta médica (conforme Manual SMS – Enf. Saúde da Mulher).
2.	Agendar retorno consulta de enfermagem conforme manual da instituição (SMS).

Execução do teste:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Frasco coletor
2.	Etiqueta ou fita para identificação
3.	Kit de teste para gravidez ou tira reagente
4.	Impresso próprio para anotações
5.	Prontuário do usuário.

Descrição

1.	Receber a usuário
2.	Indagar sobre o período de amenorria (não menos de 10 dias)
3.	Encaminhar ao sanitário -> Garantir sua privacidade ou orientar para colher em casa
4.	Oferecer o frasco de coleta que deve ser identificado
5.	Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio
6.	Orientar a usuário: → Realizar higiene, desprezar o primeiro e o último jato e coletar dois dedos de urina (Observar não contaminar a parte externa do frasco)
7.	Receber o material e proceder à realização do exame (deve estar em local apropriado)
8.	Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado
9.	Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo o Manual - SMS
10.	Registrar em prontuário -> Indicar atraso menstrual DUM
11.	Anotar a produção
12.	Manter o frasco refrigerado (2º a 8ºC)
13.	Pode ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, desde que não tenha ingerido muito líquido e tenha um intervalo de no mínimo 3 horas da última micção.

7; 8



7.6 TESTE DO PEZINHO

O Teste do Pezinho visa o diagnóstico precoce de doenças congênitas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal.

No município de São Paulo são detectadas as seguintes doenças:

- ⇒ **Fenilcetonúria**
- ⇒ **Hipotireoidismo congênito**
- ⇒ **Hemoglobinopatias**
(*dentre elas a doença falciforme*)
- ⇒ **Fibrose cística**

**Punção do calcanhar do recém-nascido
entre o 3º e 7º dia
Não ultrapassar o 30º dia**

Em qualquer um destes resultados positivados, há a necessidade de acompanhamento específico para esta criança.



Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação: Ao receber um neonato na unidade, uma das informações a serem colhidas é se foi realizado o "teste do pezinho na maternidade" Devemos nos atentar aos partos realizados em domicílio ou em outras regiões
2.	Se não foi realizado na Unidade deve colher o mais rápido possível, preferencialmente nos 7 primeiros dias de vida e, não ultrapassando o 30º dia de vida.

Execução do teste:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Álcool a 70º
2.	Lanceta
3.	Papel filtro
4.	Algodão
5.	Esparadrapo.

Descrição

1.	Receber a usuário
2.	Indagar se foi efetivado o exame em algum equipamento de saúde
3.	Orientar a mãe ou o responsável quanto ao procedimento a ser realizado
4.	Preencher o formulário papel filtro fornecido pela APAE para o exame e registro interno da unidade. Informar corretamente o endereço e telefone de contato, para busca ativa em caso de exame alterado. ➔ Anotar o número da Declaração de Nascido Vivo.
5.	Higienizar as mãos
6.	Calçar luvas Realizar procedimento: vide procedimento – ilustração a seguir
7.	Atentar ao resultado positivo ou negativo. Se positivo, verificar se a criança está em seguimento especializado
8.	Registrar em prontuário
9.	Orientar o responsável quanto à retirada do resultado do exame e a importância de apresentar o mesmo na consulta de seguimento da criança
10.	A amostra, depois de seca, deve estar amarronzada Se muito escurecida indica excesso de sangue e, portanto deve ser desprezada. Neste caso a criança deverá ser localizada para nova coleta
11.	Ao coletar, o papel filtro deve ficar em temperatura ambiente, longe do sol por cerca de 3 horas, uma amostra isolada da outra, na posição horizontal, para manter a distribuição homogênea do sangue
12.	Após secagem, devem ser envoltas em papel alumínio para evitar a umidade Colocar todas as amostras em um saquinho plástico na geladeira, preferencialmente protegido por um recipiente plástico.
13.	O encaminhamento das amostras deve ser feito no máximo em 5 dias para a realização dos testes . Preencher o formulário de encaminhamento fornecido pela APAE onde constará o número do lote e o número total de exames que estão sendo encaminhados. Fazer um memorando endereçado à APAE e encaminhar
14.	➔ Anotar no boletim de produção diária.

PROCEDIMENTO



1. Identifique a área da punção (conforme figura ao lado). Faça a punção dentro da área sombreada.



5. Permita a formação de uma grande gota de sangue. Não faça "ordenha", pois esta libera plasma do tecido, diluindo o sangue.



2. Massageie o calcanhar do bebê suavemente. Limpe a área a ser puncionada com um algodão embebido em álcool, deixando evaporar o seu excesso.



6. Encoste a gota no centro do círculo do papel filtro e deixe o sangue preencher completamente o círculo. Observe o verso do papel para ter certeza de que foi impregnado até a parte posterior.



3. Friccione a perna para produzir uma maior afluência de sangue no pé.



7. Espere uma nova gota e repita o mesmo procedimento até preencher os demais círculos



4. Puncione o calcanhar com um só movimento contínuo e firme, num sentido quase perpendicular à superfície da pele.



8. Uma vez concluída a coleta de sangue, pressione a área puncionada com um algodão limpo.



<http://www.apaesp.org.br/>
Fonte: testedopezinho@apaesp.org.br



*7. O sangue depois de seco deve estar homogêneo e apresentar uma coloração amarronzada.

PARA CRIANÇAS QUE NÃO REALIZARAM O TESTE DO PEZINHO NO PERÍODO NEONATAL (ATÉ O 28º DIA DE VIDA)

PROCEDIMENTO = DESCRIÇÃO

1.	Realizar coleta venosa de 3 ml de sangue
2.	Transferir 2,5 ml do sangue para um tubo seco sem anticoagulante
3.	Gotejar 0,5 ml do sangue total no papel filtro, logo após a punção venosa, no centro dos círculos, preenchendo-os totalmente.
4.	Identifique o material corretamente: o tubo seco deve ser identificado com o nome da criança, data da coleta e o código da Entidade junto à APAE.
5.	A ficha de coleta (papel filtro) deve ter os campos preenchidos, exceto os campos de lote e exame, pois estes se destinam aos exames colhidos das crianças no período neonatal (até o 28º dia de vida)
6.	O tubo seco com 2,5 ml do sangue deve ser deixado fora da geladeira até que o processo natural de separação do soro e coágulo se complete
7.	A separação demora entre trinta minutos e uma hora e deve ser realizada para evitar que o sangue sofra hemólise
8.	Após a separação, o tubo deve ser colocado na geladeira e ser encaminhado o mais breve possível para APAE junto com o papel filtro.

IMPORTANTE RESSALTAR QUE O PERÍODO IDEAL PARA COLETA É A PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO BEBÊ E QUE AS AMOSTRAS DEVEM SER ENVIADAS PARA A APAE LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DA UNIDADE O MAIS RÁPIDAMENTE POSSÍVEL

Fonte consultada:
Teste do Pezinho – Manual de Instruções – Laboratório APAE de São Paulo-ano 05/2010

7.7 CAUTERIZAÇÃO UMBILICAL

Procedimento:

CAUTERIZAÇÃO CICATRIZ UMBILICAL - Mediante prescrição medicamentosa de profissional habilitado

Responsável: Enfermeiro

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Álcool a 70%
2.	Bastão de nitrato de prata
3.	Papel alumínio
4.	AGE, óleo de amêndoa ou similar
5.	Luvas para procedimentos
6.	Haste de algodão flexível
7.	Gaze.

Descrição

1.	Receber o usuário na sala de procedimento
2.	Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento
3.	Higienizar as mãos
4.	Calçar as luvas
5.	Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%
6.	Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo
7.	Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma
8.	Aproximar o bastão de Nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical por alguns segundos até ocorrer leve mudança na coloração, trocar de região até passar por todo o coto umbilical
9.	Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda, solicitar à mãe que vista a criança
10.	Orientar a mãe a realizar as trocas das fraldas normalmente e após o banho realizar a higienização do coto com álcool a 70%, sempre Observando se o mesmo mantém-se seco
11.	Reavaliar diariamente até cicatrização total
12.	Higienizar as mãos
13.	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000)
10.	Registrar o procedimento em planilha de produção
11.	Manter a sala em ordem.

7.8 COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA

Prevenção do câncer de colo uterino

Coleta de material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas podendo ter encontrado alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros).

➔ Deve ser realizado em todas as mulheres, pelo menos uma vez a cada 2 anos.





Coleta de Material para Exame Citopatológico de Colo Uterino, popularmente chamado de "Citologia Oncótica ou Preventivo"

Responsável: Enfermeiro Treinado

1.	Estar atendo à prevenção ginecológica da sua comunidade (usuária)
2.	Realizar educação em serviço continuamente
3.	Realizar a coleta nas suas consultas

Execução: Enfermeiro


Materiais

1.	Espátula de Ayres: Pode ser feita de madeira e apresenta, em uma das suas extremidades, um recorte que permite maior contato com a superfície ectocervical	
2.	Escova endocervical: feita de material plástico, com cerdas macias -> menos trauma no canal endocervical	
3.	Espéculos: P, M e G	
4.	Lâmina com uma extremidade fosca (para identificação)	
5.	Fixador citológico	
6.	Pinça Cheron	
7.	Gazes esterilizadas	
8.	Soro fisiológico 0,9%, ou água destilada	
9.	KOH a 10% (hidróxido de potássio)	
10.	Formulário de requisição e de remessa de exames	
11.	Livro de registro	
12.	Outros materiais de escritório: lápis preto nº2; apontador; borracha; canetas; régua.	

EPI(s)

1.	Óculos de proteção
2.	Avental descartável
3.	Luvas para procedimento.

Sala equipada para coleta

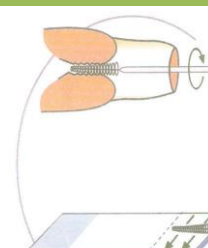
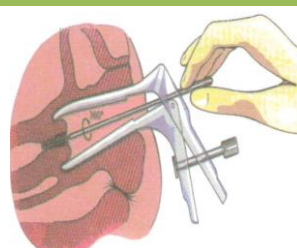
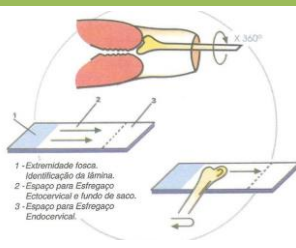
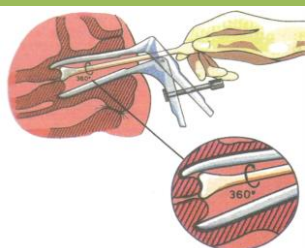
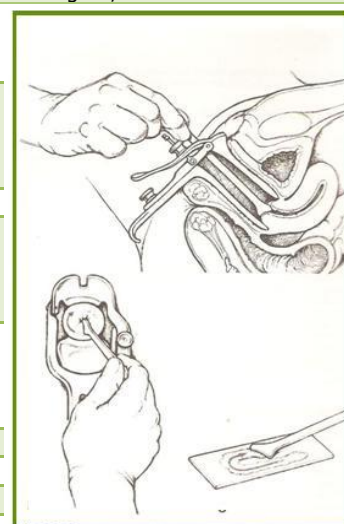
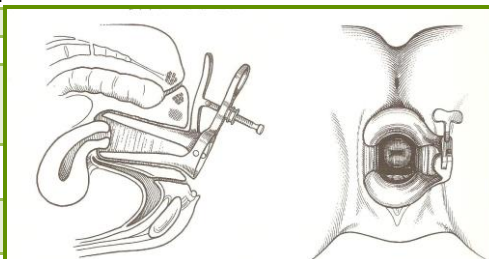
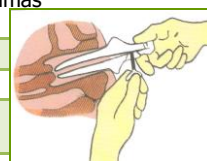
1.	Mesa ginecológica	
2.	Mesa auxiliar	
3.	Biombo (de material lavável)	
4.	Escada de dois degraus	
5.	Foco de luz com cabo flexível	
6.	Recipiente para acondicionamento de lâminas usadas	
7.	Cesto de lixo com pedal	
8.	Espelho (15cm X 20cm) opcional	
9.	Balde com solução desincrostante em caso de instrumentos não descartáveis.	

Instruções para coleta

1.	A amostra pode ser coletada nas fases do ciclo menstrual ou, na ausência deste, em qualquer época ou idade da mulher. Mas, a mulher não deve estar menstruada
2.	É indicado estar em abstinência sexual de no mínimo 24 h antes da coleta Nas 48 h que antecedem o exame não ter usado cremes, óvulos ou realizado duchas vaginais
3.	Indagar se foi efetivado o referido exame anteriormente, há quanto tempo? Orientar quanto ao procedimento a ser realizado
4.	Preencher o formulário para o exame e registro interno da unidade
5.	Escrever com lápis preto na extremidade fosca da lâmina: nº da coleta e as iniciais da mulher, antes da coleta
6.	Realizar a coleta: A coleta é dupla-> da ectocérvice e endocérvice do canal cervical. As coletas são colhidas separadamente e colocadas em uma única lâmina -> (Descrição quadro abaixo)
7.	Deixar o frasco com fixador próximo à lâmina já identificada
8.	Saber ouvir e esclarecer possíveis dúvidas ou angústias
9.	Esta coleta em gestante deve ser realizada preferencialmente pelo Médico.
➔ Orientação para o treinamento e aferição do funcionário para coleta de PCG, obter junto à Supervisão/Coordenadoria.	

Descrição

1.	Criar um ambiente acolhedor para receber a usuária. Respeitar a privacidade
2.	Realizar uma entrevista para preencher a ficha padronizada para coleta estabelecida pela instituição. Indicar situações específicas (gestação, virgindade)
3.	Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, avaliação e orientação de enfermagem e retorno. Se possível, anotar resultado do papa anterior
4.	Conferir dados do prontuário identificando a usuária
5.	Descrever para a usuária como será realizada a coleta de exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espéculo, escova, espátula e lâmina), realizar a técnica do autoexame das mamas -> No caso do enfermeiro, realizar o exame das mamas
6.	Solicitar para a usuária esvaziar bexiga
7.	Encaminhar ao Sanitário -> Garantir sua privacidade
8.	Orientar a despir-se da cintura para baixo, auxiliá-la deitar, cobrir com lençol e orientar a posição ginecológica
9.	Escolher o número de espéculo de acordo com o tamanho da usuária
10.	Higienizar as mãos
11.	Calçar luvas
12.	Afastar os pequenos lábios, abrir e introduzir o espéculo no canal vaginal vagarosamente até visualizar o colo uterino e, simultaneamente imprimir um movimento de rotação de 90°
13.	O procedimento acima pode ser difícil nas vaginas anatomicamente profundas, se existir retroversão ou obesidade
14.	Nos casos de resistência da mucosa por atrofia, molhar o espéculo com soro fisiológico
15.	Após exposição do colo, coletar o material o mais breve possível
16.	Se houver grande quantidade de secreção ou leucorreia, retirar delicadamente o excesso com gaze, sem friccionar o colo
17.	COLETA ECTOCERVICAL: Com espátula de Ayres Fazer uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, estender o material na lâmina com suave pressão
18.	COLETA ENDOCERVICAL: Utilize a escova de coleta endocervical. Recolha o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical girando 360° num só sentido, estender o material no restante da lâmina, rolando a escova
19.	As coletas são colhidas separadamente e colocadas em uma única lâmina
20.	FIXAÇÃO Realizar a fixação imediatamente após a coleta, fato que manterá as características originais das células, preservando-as do dessecação (má-fixação) que impossibilitará a leitura do exame
21.	FIXAÇÃO a SECO: "SPRAY" (polietilenoglicol) Imediatamente após a coleta aplicar o produto na lâmina respeitando uma distância de 20 cm (ler orientação do fabricante) A fixação deve ser feita em no máximo 40". -> A seguir deixar a lâmina na posição horizontal até o fixador secar por completo
22.	FIXAÇÃO ÚMIDA: ÁLCOOL 95 %
23.	Fechar o espéculo e retire-o delicadamente, inspecionando a vulva e períneo
24.	Retirar as luvas, auxiliar a usuária a descer da mesa e solicitar que se vista
25.	Avise a usuária que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta
26.	Orientar a usuária para que venha retirar o exame conforme a rotina da sua Unidade de Saúde
27.	Preencha a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições
28.	As lâminas deverão ser acondicionadas em caixas específicas para transportá-las
29.	Anotar a produção. Registrar em prontuário.



➔ ATENÇÃO: erros mais comuns:

1.	Coleta de material insuficiente
2.	Material colhido do local errado
3.	Material inadequadamente espalhado
4.	Uso de lâminas que estão insuficientemente limpas ou desgorduradas
5.	Secagem antes da fixação ou durante a coloração
6.	Fixação insuficiente.

7.9 ELETROCARDIOGRAFIA

É a transmissão de impulsos cardíacos a uma representação gráfica, que registra a atividade elétrica do coração e identifica alterações.

Responsável: Enfermeiro

1.	Acompanhar a dinâmica da sala
2.	Atender casos específicos, como urgência.

Execução

Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

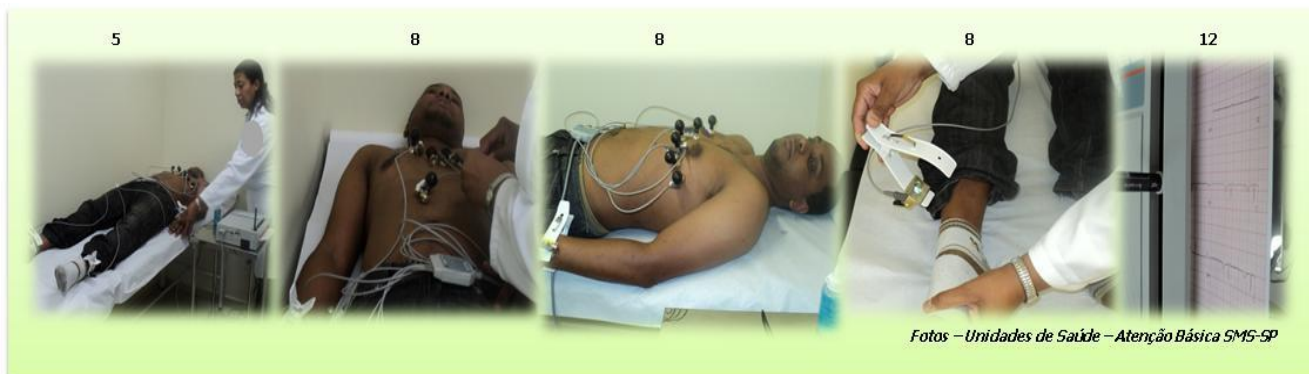
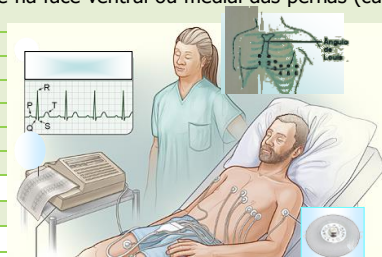
Materiais

1.	Aparelho de ECG
2.	Eletrodos reutilizáveis com ventosas e <i>clamps</i> plásticos reguláveis e, ou eletrodos descartáveis
3.	Papel toalha, papel lençol e gaze
4.	Material para tricotomia (aparelho de barbear)
6.	Gel para ECG
7.	Papel registro -> Alguns aparelhos necessitam de canetas para o registro.

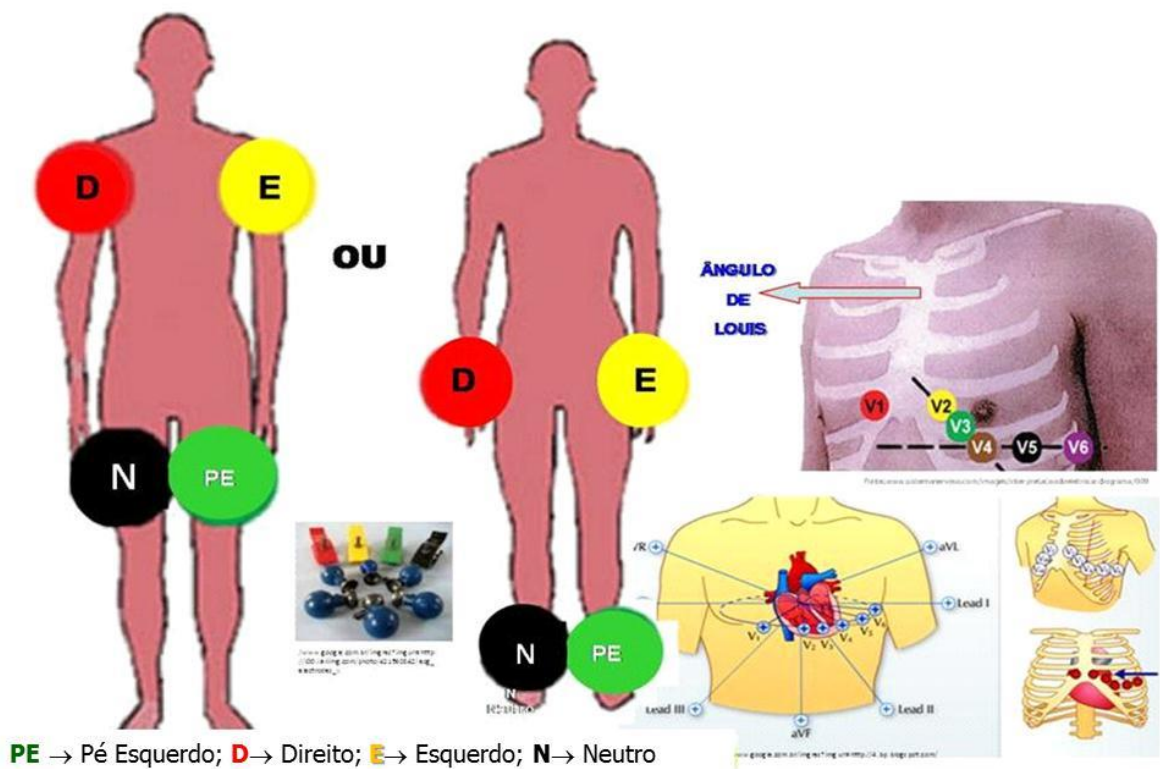
Descrição

(IMPORTANTE: ler as orientações do fabricante do aparelho antes de utilizá-lo)

1.	Certificar-se de que o aparelho está ligado na tomada na voltagem indicada e, se esta ligado o fio terra
2.	Ligar o aparelho e ajustar conforme instruções de funcionamento do mesmo, afixada na sala
3.	Receber o usuário na sala, conferir o nome e a requisição do exame
4.	Explicar o procedimento ao usuário, solicitar que ele retire objetos de metal (brincos, relógios, pulseiras, entre outros) Instrua-o a relaxar, deitar, respirar normalmente, não falar e nem se mexer durante o procedimento
5.	Manter o usuário em decúbito dorsal. Se ele não puder suportar essa posição, ajude-o a ficar na posição semisentada. Orientar o usuário a retirar as vestimentas da parte superior e inferior (expor o tórax), ambos os tornozelos e pulsos para a colocação dos eletrodos. Cubra com o papel lençol até que sejam aplicadas as derivações;
6.	Realizar quando necessário, a tricotomia nas áreas com maior concentração de pelos
7.	Se a pele do usuário for excessivamente oleosa ou escamosa, limpe com compressa de gaze seca, antes de aplicar o eletrodo ajudando a reduzir a interferência do sinal
8.	Aplicar o gel para ECG e colocar os <i>clamps</i> na face ventral ou face medial dos pulsos e na face ventral ou medial das pernas (cuidado com proeminências ósseas) e eletrodos no tórax.
	V1: Quarto espaço intercostal na borda esternal direita
	V2: Quarto espaço intercostal na borda esternal esquerda
	V3: metade da distância entre V2 e V4
	V4: Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular
	V5: Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior (1/2 a distância entre V4 e V6)
	V6: Quinto espaço intercostal na linha média, nivelado com V4
9.	Calibrar no padrão N velocidade 1mv/s.
10.	Registrar a calibração
11.	Observar se o aparelho automático esta captando os sinais de todas as derivações
12.	Acompanhar o registro de todas as derivações certificando-se de que estejam representadas na impressão
13.	Observe se caso alguma das derivações não esteja corretamente representada ou apareçam artefatos, neste caso reposicione-se, coloque o fio terra em outro local e recomece
14.	Outros aparelhos operam no modo manual e neste caso o profissional deverá selecionar as derivações e registrá-las
15.	Imprimir um D2 longo
16.	Se o usuário estiver usando marca-passo, anote a presença do mesmo
17.	REGISTRO:
	I. Anotar na folha do traçado de ECG: Nome do usuário, idade, número do prontuário,
	II. Anotar no prontuário a data da realização do exame e horário, nome do profissional que realizou o procedimento assinar e carimbar
	III. Manter a caneta na posição vertical, com a ponta para baixo e as pernas das ventosas higienizadas, após o término do procedimento. Quando excesso de gel, lavá-las e secá-las.
	Obs.: cada derivação registra a atividade elétrica do coração é de uma posição anatômica diferente
18.	Realizar a limpeza do aparelho ao final de todos os procedimentos.
19.	Desligue sempre o equipamento e desconecte-o da tomada de energia antes de iniciar a limpeza.



Fotos – Unidades de Saúde – Atenção Básica SMS-SP



Manutenção e Observações Necessárias

1.	Uma vez por semana lavar os eletrodos utilizando-se água e sabão neutro com uma escova.
2.	Com a utilização contínua os eletrodos tendem a escurecer. Não utilize abrasivos ou objetos pontiagudos para limpá-los.
3.	Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores.
4.	Quando o equipamento não estiver sendo utilizado, mantenha-o coberto, evitando acúmulo de poeira em seu interior.
5.	Se o equipamento for ficar inativo por um período superior a 30 dias, retirar as pilhas ou baterias.
Obs.: Não utilize produtos químicos como derivados da benzina para limpar os acessórios.	

7.10 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Reposição de líquidos e eletrólitos



Essa terapêutica tem por objetivo corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação, previne a desidratação e os seus agravos.

É realizada com sais de reidratação oral (SRO), comercializado no mercado e distribuído na nossa rede.

Sinais de desequilíbrios de líquidos

Avaliação	Déficit de Líquidos	Excesso de Líquidos
Peso	Perda de peso \geq 900 g/24h	Aumento de peso \geq 900 g 24h
Pressão sanguínea	Baixa	Alta
Temperatura	Elevada ou Normal	Normal
Pulso	Rápido, fraco, sem vigor	Pleno, forte
Respirações	Rápidas, superficiais	Úmidas, difíceis
Urina	Escassa, amarelo-escuro	Amarelo-claro
Fezes	Secas, pequeno volume	Volumosas
Pele	Quente, avermelhada, seca Turgor diminuído	Fria, pálida, úmida Edema depressivo
Mucosas	Secas, pegajosas	Úmidas
Olhos	Fundos	Edemaciados
Pulmões	Limpos	Com sons aquosos e estridentes
Ato respiratório	Sem esforço	Dispnéia, ortopnéia
Energia	Fraca	Fadiga fácil
Veias jugulares do pescoço	Achatadas	Distendidas
Cognição	Reduzida	Reduzida
Consciência	Adormecida	Ansiosa

Fonte: Timby, Barbara K. 2001

INFORMAÇÕES IMPORTANTES: Desequilíbrio Hidroeletrólítico pela diarreia

A diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria).

É denominado diarreia quando na ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. No caso de fezes líquidas esta é denominada diarreia aguda, com aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes há a perda de água e eletrólitos podendo causar desidratação que, conseqüentemente, contribui para a desnutrição.

A morte de uma criança com diarreia aguda se deve geralmente à desidratação.

A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas.

Caso a diarreia dure 14 dias ou mais, é denominada diarreia persistente.

As crianças com desidratação leve ou moderada devem receber TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL - TRO na Unidade de Saúde.

Atentar aos seguintes sinais:

1.	Febre
2.	Vômitos intensos
3.	Prega cutânea
4.	Depressão da fontanela
5.	Dificuldade em urinar
6.	Olhos encovados e sem lágrimas
7.	Bebe avidamente (este e outro sinal muito importante)
8.	Irritabilidade ou Inquietude.

Vantagens da hidratação oral:

1.	Mais segura
2.	Menos dolorosa
3.	De fácil aplicação
4.	É eficaz
5.	Menor custo
6.	Favorece realimentação precoce.

Composição e função dos componentes do SRO

1.	Eletrólitos (cloreto de sódio e cloreto de potássio) -> Corrigem a volemia e as alterações eletrolíticas
2.	Glicose: Favorece a absorção dos eletrólitos.

Responsável: Enfermeiro

1.	Prescrever cuidados de enfermagem - sistematizar o cuidado
2.	Encaminhar para consulta médica (quando necessário)
3.	Realizar consulta de enfermagem.

Execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO
2.	Água filtrada ou fervida (fria)
3.	Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)
4.	Copo descartável
5.	Colher de plástico cabo longo
6.	Colher de sopa ou de chá (copinho)
7.	Balança adulto e infantil.

Descrição

1.	Pesar a criança no início da TRO e a cada hora
2.	Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água
3.	Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme Manual de Atenção a Saúde da Criança
4.	A solução SRO deve ser oferecida em curtos intervalos, usando copo, colher ou seringa plástica, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar. <i>Obs.: O uso de mamadeiras associa-se com maior risco de vômitos.</i>
5.	Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente
6.	Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);
7.	Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (enfermeiro)
8.	Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (enfermeiro)
9.	Registro: Anotar o procedimento e a evolução no prontuário
	Alta: Pós-avaliação médica. O enfermeiro só poderá dar alta nos casos leves
	Observação: A criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por kilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h -> Não apresentando melhora (Vômito /diarreia), solicitar a avaliação médica.

SORO CASEIRO

Utilizar envelope com a mistura já preparada para diluir em água, distribuída pelas unidades da rede (UBS).

➔ **Orientação à Mãe quando a Unidade de Saúde tiver a possibilidade em disponibilizar a colher medida**

SORO CASEIRO:

- 1 (um) litro de água filtrada ou fervida e fria
- 1 (uma) colher de sopa (20gr) de açúcar
- 1 (uma) colher de café (3,5gr) de sal.

7.11 INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO

Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração e manter a permeabilidade da via aérea.

A administração de drogas diretamente ao trato respiratório em forma de aerossol ou vapor é denominada inaloterapia. O tratamento das doenças respiratórias, principalmente em crianças, utiliza vários tipos de medicamentos via inalatória.

A principal vantagem da inaloterapia é que se alia a utilização de baixas doses de medicamentos (geralmente em microdosagens) com penetração ativa, boa concentração pulmonar da droga e poucos efeitos adversos sistêmicos.

EX.: Soro fisiológico, broncodilatadores de curta e longa duração, corticosteroides, antibióticos (tobramicina, colimicina) e mucolíticos.

Fonte: Clark AR. Medical aerosol inhalers: past, present and future. *Aerosol Sci Technol* 1995;22:374-91.

Responsável: Enfermeiro

- | | |
|----|-------------------------------|
| 1. | Avaliação das intercorrências |
|----|-------------------------------|

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Conjuntos de inaladores limpos e desinfetados
2.	Recipientes (preferencialmente com cores diferentes) com tampa para acondicionar inaladores e extensores contaminados, limpos e desinfetados
3.	Solução desinfetante (ácido peracético ou hipoclorito de sódio 1,0%)
4.	Tubo extensor
5.	Fluxômetro
6.	Fonte de ar comprimido ou O ₂ (seguir prescrição)*
7.	Seringa descartável de 10 ml
8.	Agulha 40x12
9.	Ampola ou frasco de SF 0,9% ou água destilada
10.	Medicamento prescrito (se houver)
11.	Toalha descartável
12.	Sabão líquido
13.	Caixa de coleta para material perfurocortante.

➔ **Uso de O₂ conforme prescrição e/ou Notas Técnicas SMS-SP**

PROCEDIMENTO – INALAÇÃO

1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Preparar a solução inalatória conforme prescrição médica ou do enfermeiro
4.	Orientar o usuário sobre o procedimento;
5.	Conectar o copo do inalador ao tubo extensor (chicote) e ligar o fluxômetro;
6.	Abrir o fluxômetro e regular a quantidade ar comprimido ou oxigênio de acordo com a prescrição;
7.	Orientar usuário ou responsável quanto à posição para segurar o inalador;
8.	Desconectar o copo do inalador do tubo extensor (chicote) após o término da solução;
9.	Antes de desligar o fluxômetro, passar um fluxo de ar no interior do tubo extensor, para garantir que o mesmo se mantenha seco até o próximo procedimento.
10.	Registrar o procedimento; (instrumento de produção e prontuário do usuário)
11.	Realizar o processamento das máscaras de Inalação = A - desmontar os Inaladores; B - realizar a limpeza do extensor com álcool 70% diariamente e processá-lo semanalmente; C - proteger o bico conector do extensor.

Considerações:

O uso de inalação pode ser feito com oxigênio ou ar comprimido, sendo este último mais indicado para usuários portadores de DPOC que fazem retenção de CO₂;

- Deve-se fazer a inalação com o usuário sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1 - Utilizar ampolas (10 ml) ou frascos (100 ou 250ml) da solução inalatória (soro fisiológico ou água destilada), com volume compatível com a quantidade de inalações realizadas por dia. Os frascos em uso devem estar identificados e com a abertura protegida. Devem ser desprezados ao final do período.

2 - Os inaladores devem ser desmontados antes do processo de limpeza e desinfecção.

3 - A desinfecção **NÃO** pode ser realizada na sala de Inalação – utilizar sala de expurgo. Organizar horários para a limpeza de instrumental odontológico e a desinfecção dos inaladores separadamente.

4 – Utilizar detergente neutro líquido ou detergente enzimático.

5 – Utilizar escova/ esponja apropriada para a limpeza mecânica dos inaladores ou ainda escova dental com cerdas macias.

6 - Os inaladores devem ser colocados todos de uma só vez no recipiente de solução para a limpeza e desinfecção para que se faça um controle do tempo de exposição (etiquetar)

7 - Os inaladores **NÃO** PODEM permanecer imersos de um dia para o outro, em nenhuma solução (enzimático ou desinfetante).

8 – Após enxágüe e secagem, o material deve ser armazenado com identificação e data (de preferência individualmente).

7 - As caixas plásticas ou baldes plásticos com tampa de solução enzimática e de solução desinfetante de hipoclorito de sódio 1% devem ser higienizados diariamente.

8 - A caixa plástica ou balde plástico com tampa, da solução de Ácido Peracético, deverá ser higienizado ao término do tempo de validade da solução.

9 – Higienizar a caixa plástica com tampa onde são estocados os inaladores, no mínimo uma vez por semana.

10 – Ler o rótulo e as orientações de uso, de todas as soluções antes de usá-las.

7.12 ASSOCIAÇÃO DE 2 TIPOS DE INSULINAS NA MESMA SERINGA

No mercado existem preparações de insulinas pré-misturadas em diferentes proporções, sendo que muitas vezes ela não está adequada as necessidades do usuário. Devido a este fato é comum realizar o preparo de 2 tipos de insulinas na mesma seringa.

Para este procedimento é importante termos alguns cuidados, como:

Responsável: Enfermeiro

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

1.	Utilizar somente seringas com agulhas fixas
2.	Nem todas as insulinas podem ser misturadas
3.	A mistura da insulina NPH com a regular pode ser utilizada imediatamente após o preparo ou em até 30 dias
4.	A mistura da insulina NPH com a Lispro ou Aspart deverá ser utilizada imediatamente após o preparo
5.	Análogos de ação prolongada não devem ser associadas com nenhuma outra insulina
6.	Nenhum outro medicamento ou diluente deve ser associado com as insulinas na seringa.

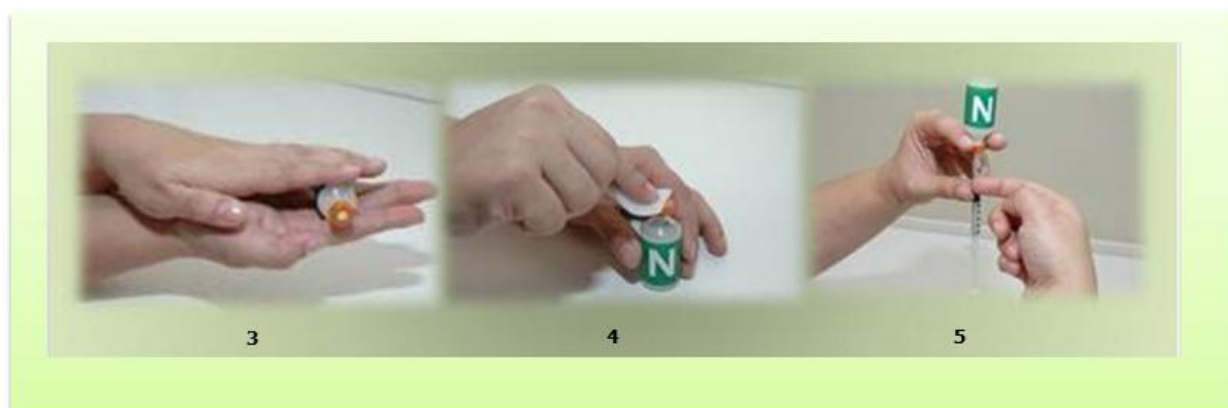
Material

1.	Insulinas NPH e Regular prescritas pelo médico
2.	Seringa com agulha fixa
3.	Álcool 70%
4.	Algodão
5.	Luvras para procedimento.

TÉCNICA DE PREPARO DA INSULINA NPH E REGULAR (R) NA MESMA SERINGA

1.	Lavar e secar as mãos
2.	Organizar na bancada as insulinas prescritas, seringa com agulha fixa, algodão e álcool 70%
3.	Homogeneizar a insulina suspensão
4.	Realizar a desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool 70%
5.	Manter o protetor da agulha, aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita
6.	Retirar o protetor da agulha e injetar o ar dentro do frasco de insulina NPH
7.	Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH
8.	Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina Regular (R) prescrita
9.	Injetar o ar dentro do frasco de insulina Regular (R)
10.	Virar o frasco
11.	Aspirar a insulina regular correspondente a dose prescrita
12.	Retornar o frasco de insulina Regular para a posição inicial e retirar a agulha
13.	Posicionar o frasco da insulina NPH de cabeça para abaixo
14.	Pegar a seringa que já esta com a insulina Regular
15.	Introduzir a agulha
16.	Aspirar a dose correspondente a insulina NPH
17.	Retornar o frasco para posição inicial
18.	Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.

Atenção:
O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas.
Se a dose aspirada for maior que a soma das doses prescritas, descarte a seringa com a insulina e reinicie o processo com uma nova seringa.



7.13 Mensurar, Aferir, Verificar

7.13.1 PESO

A antropometria não é apenas um método de obtenção das medidas corporais de indivíduos, mas é um olhar atento para o estado nutricional, permitindo uma ação precoce, quando constatada alguma alteração. São medidas que irão subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde tanto individual quanto coletiva.

Denominações mais utilizadas nas mensurações para crianças menores de 2 anos: **Peso e Comprimento.**

Denominações mais utilizadas nas mensurações para crianças maiores de 2 anos, adultos e pessoa idosa: **Peso, Altura e Estatura.**

Responsável: Enfermeiro

- | | |
|----|--|
| 1. | Realizar educação em serviço periodicamente ou quando necessário |
| 2. | Certificar do quantitativo necessário de balanças infantil e adulto, fitas métricas, régua antropométrica. |

Execução:

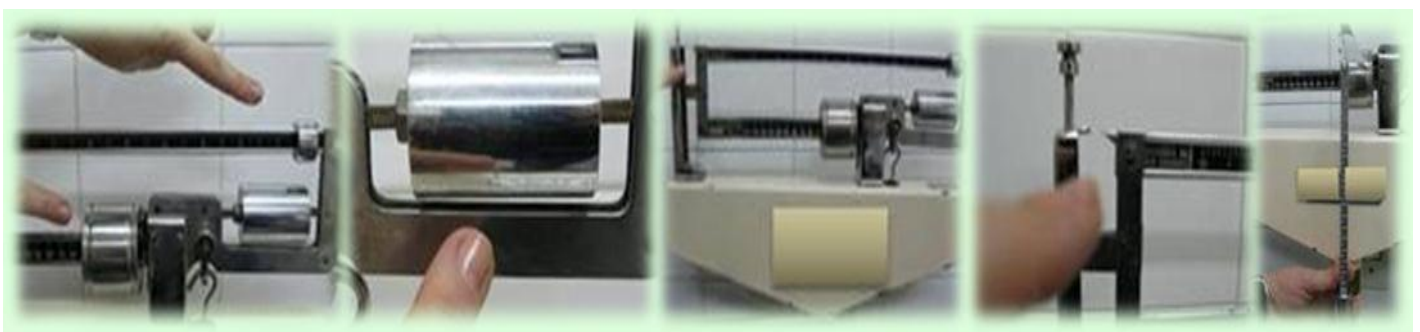
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

- | | |
|----|---|
| 1. | Balança Infantil – mecânica ou eletrônica |
| 2. | Balança de Adulto com régua antropométrica vertical acoplada |
| 3. | Fita métrica, ou régua antropométrica horizontal para crianças de 0 a 2 anos (Toesa), recomenda-se o uso de fita métrica inelástica, que apresenta uma maior durabilidade.
Antropômetro vertical deve: estar fixado numa parede lisa e sem rodapé. |

Importante

- | | |
|----|---|
| 1. | Aferir periodicamente as balanças |
| 2. | Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme. |



PESO

Procedimento

PASSOS:	Criança	Adolescente	Adulto/ P. Idosa
» INFANTIL < DE 1 ANO = prato da balança deve ser forrado com uma proteção (papel descartável ou fralda de pano) antes da calibragem, para evitar erros na pesagem			
» Para balança mecânica->Destruar a balança; verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal) Não estando calibrada, gire lentamente o calibrador, Observe a nivelção da agulha			
» Assim que calibrada, trave a balança			
» Verifique o ambiente (Observe correntes de ar) para pedir à mãe despir a criança (inclusive calçado). Em Adolescentes/Adultos/P. Idosa , devem ter o menor peso possível de roupas e acessórios			
» Destruar a balança, mover os cursores sobre a escala numérica: primeiro adéque o "peso" maior para os quilos, depois o menor para os gramas			
» Coloque a criança deitada, ou sentada na balança (atentar para sua segurança)			
» Ajude os Adolescentes/Adultos/P. Idosa a subir na balança (devidamente forrada -> os pés descalços)			
» Realizar a leitura			
» Travar a balança, evitando desgaste da mola (para manter o bom funcionamento do aparelho)			
» Retirar a criança da balança ou, auxiliar a descida do Adolescentes/Adultos/P. Idosa da balança			
» Retornar os cursores ao zero na escala numérica			
» Anotar o peso no cartão da criança ou, prontuário (no caso de adolescente/adulto/P. Idosa)			
» Comunique o peso para o usuário ou acompanhante			
» Deixe a balança, pronta para a próxima pesagem.			

	Balança criança
	Balança adolescente/ adulto/ Pessoa Idosa
Em branco	Não se aplica



7.13.2 ESTATURA

Procedimento

PASSOS:	Criança	Adolescente	Adulto/ P.Idosa
» Deitar a criança (maca com lençol descartável) no centro do antropômetro/toesa descalça e com a cabeça livre de adereços, se for necessário pedir auxílio para a mãe ou, acompanhante, para manter a criança na posição a ser descrita, até realizar a leitura			
» Manter a cabeça apoiada firmemente na parte fixa do equipamento = Pescoço reto; Queixo afastado do peito; Ombros totalmente em contato com a superfície onde está apoiado o antropômetro/toesa; Pressionar levemente (com cuidado) os joelhos para baixo (neste momento use uma das mãos); Juntar os pés da criança de forma que as pernas e os pés formem um ângulo reto; Levar a parte móvel do antropômetro/toesa para junto à planta dos pés			
» Realizar a leitura (quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição)			
» Retirar a criança da posição tomando cuidado com o antropômetro/toesa			
» Marcar a estatura no Cartão da Criança ou, prontuário			
» Para a antropômetro vertical CRIANÇA/ADOLESCENTE/ADULTO/P. IDOSA o antropômetro deve estar posicionado numa distância correta do chão, para garantir uma leitura correta da estatura			
» Posicionar a criança/adolescente/adulto descalço no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços; ele deve se manter em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos			
» Os ombros, calcanhares e nádegas devem ficar em contato com o antropômetro/parede			
» Os calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos com os pés juntos, que mostram um ângulo reto com as pernas.			
» Suspender a escala métrica, fazendo com que a haste repouse sobre a cabeça do usuário			
» Manter o usuário em posição ereta, com a cabeça em posição anatômica, com os pés juntos, encostados na escala métrica			
» Travar a haste			
» Auxiliar o usuário a descer da balança			
» Realizar a leitura			
» Destruvar e descer a haste			
» Anotar o peso no cartão da criança ou prontuário (criança/adolescente/adulto/ P. Idosa)			
» Comunique a estatura ao usuário ou acompanhante.			

	Antropômetro/toesa – criança
	Antropômetro - adolescente/adulto/Pessoa Idosa
Em branco	Não se aplica



7.13.3 PERÍMETRO CEFÁLICO (ou circunferência craniana)

Procedimento

Responsável: Enfermeiro

1.	Realizar durante a Consulta de Enfermagem
2.	Nos primeiros meses de vida é mais fácil identificarmos uma anomalia cerebral pelo perímetro cefálico do que pelas provas de desenvolvimento.

Execução do procedimento: Enfermeiro

Materiais

1.	Fita Métrica (não extensível/inelástica).
----	---

Procedimento

1.	Criança em decúbito dorsal
2.	Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima
3.	Não incluir pavilhão auricular
4.	Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior
5.	Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (podendo ser utilizado gráficos)
6.	Compare o tamanho da cabeça da criança com o esperado para a idade.

Regras Básicas

PC -> RN a termo	Meninas Escore Z zero= 34,0cm Variação = 32,5 a 35,0 cm	Meninos Escore Z zero = 34,5 cm Variação= 33 a 35,5 cm
<1º ano = 12 cm	<i>2 cm/mês (1º trim.) 1,5 cm/mês (2º trim.) 0,5 cm/mês (3ºtrim.)</i>	<i>} Evolução do PC esperada</i>
Obs.: Pode ocorrer o processo de acavalamento dos ossos do crânio que ocorre durante o parto vaginal voltando ao normal após 2 a 3 dias.		



7.13.4 CIRCUNFERÊNCIA BRAQUIAL

Medida ao redor do ponto médio do braço direito, utilizada para avaliação das áreas de gordura e muscular do braço, em crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, quando se objetiva fazer uma triagem nutricional ou quando equipamentos para pesar e medir a estatura não estão disponíveis. (ENGSTROM, 2002)

Procedimento

Responsável: Enfermeiro

- | | |
|----|--|
| 1. | Realizar durante a Consulta de Enfermagem. |
|----|--|

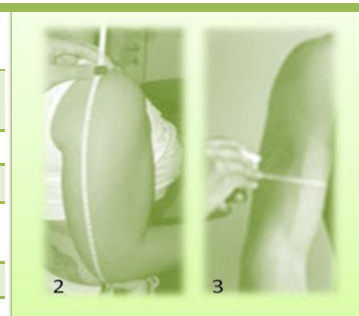
Execução do procedimento: Enfermeiro

Materiais

- | | |
|----|---|
| 1. | Fita Métrica (não extensível/inelástica). |
|----|---|

Procedimento

- | | |
|----|--|
| 1. | Solicitar ao usuário para dobrar o braço não dominante em ângulo reto com a palma da mão voltada para cima |
| 2. | Medir a distância entre a protusão acromial da escápula e o processo olecrano do cotovelo |
| 3. | Marcar o ponto mediano entre os dois pontos citados com uma caneta |
| 4. | Solicitar que usuário abaixe o braço (ao lado do corpo) relaxadamente |
| 5. | Colocar a fita no ponto mediano marcado e apertar firmemente (evite beliscar ou fazer prega) |
| 6. | Realizar leitura |
| 7. | Registrar o valor obtido no prontuário. |



7.13.5 CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

A circunferência abdominal é medida na metade da distância entre a crista íliaca e o rebordo costal inferior, com o paciente em posição ereta.

Procedimento

Responsável: Enfermeiro

1. Realizar durante a Consulta de Enfermagem.

Execução do procedimento: Enfermeiro

Materiais

1. Fita Métrica (não extensível/inelástica).

Procedimento

1. Solicitar a pessoa que fique em pé com os braços relaxados ao lado do corpo, os pés juntos e a região abdominal também relaxada e livre de roupas
2. *O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura*
3. Localizar a última costela
→ solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos
4. Localizar a crista íliaca
→ apalpar o íliaco até encontrar a região mais elevada
5. Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido
6. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita
7. Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão
8. Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos
9. Realizar a leitura no final da expiração
10. Registrar o valor obtido no prontuário.



7.13.6 TEMPERATURA CORPORAL

O ser humano é um ser homeotérmico, isto é, possui a capacidade de manter a temperatura corporal dentro de um certo intervalo pré-determinado apesar das variações térmicas do meio ambiente.

Temperatura de equilíbrio: 36,4°C (axilar)

O equilíbrio térmico é conseguido através do balanço entre a perda e a produção ou aquisição de calor. A quantidade de calor produzida é diretamente proporcional à taxa de metabolismo corporal.

VARIAÇÕES DA TEMPERATURA

Hipotermia	abaixo	de	35,5°	C
Temperatura Normal	35,5°	a	37,2°	C
Sub Febril	37,3°	a	37,7°	C
Febre	>=	a	37,8°	C

Segundo: Área Técnica Saúde da Criança SMS-SP

HIPERTERMIA - Temperatura interna elevada do corpo

→ **PODE APRESENTAR:** pele rosada, inquietação, irritabilidade, sonolência, pouco apetite, olhos vidrados, sensibilidade à luz, aumento da transpiração, dor de cabeça, pulso e frequência respiratória acima do normal

QUANDO MUITO ALTA: Convulsões e desorientação

EM CRIANÇAS PEQUENAS: Convulsões

HIPOTERMIA – temperatura interna abaixo do normal

- 35,4° a 34° C - moderadamente abaixo do normal

- 33,8° a 30,0° C - gravemente hipotérmico

- Tremores, pele pálida e fria, prejuízo da coordenação muscular, apatia, pulso e frequência respiratória

- Abaixo do normal, ritmo cardíaco irregular, redução da capacidade de pensar e de sentir dor

- Causas: geralmente pelo hipotireoidismo e a inanição

- Exposição ao frio excessivo ou à água gelada -> *pode causar morte...*

TEMPERATURA AXILAR

Local de maior acessibilidade

Seguro para uso

Requer um tempo maior de exposição, dependendo do tipo de termômetro

Apresenta menor possibilidade de disseminação de micro-organismos

Obs.: → não lavar e não esfregar a axila antes da mensuração, pois pode mascarar a verdadeira temperatura

Responsável: Enfermeiro

1.	Realizar consulta de enfermagem quando necessário
2.	Realizar educação em serviço periodicamente ou quando necessário
3.	Organizar rotina de desinfecção mediante tipo de termômetro utilizado na unidade.

Execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Termômetros: ecológico, digital, eletrônico, timpânico Não podem ser esterilizado a calor
2.	É necessário lavar com água e sabão de um usuário a outro e realizar fricção mecânica com álcool a 70%. Realizar desinfecção com o produto químico disponível na unidade após verificar a temperatura nos casos suspeitos de Tuberculose, lesões por escabiose, varicela...

Descrição - TERMÔMETRO - TEMPERATURA AXILAR:

1.	Receba o usuário e explique o procedimento e Higienize as mãos
2.	Expor e secar a axila -> proporcione a privacidade
3.	Coloque o bulbo do termômetro na axila, protegendo o termômetro entre as duas dobras da pele, fazer abdução do braço direito até um ângulo
4.	Assegurar a colocação exata e realizar a adução
5.	O termômetro deve ficar firme no local por 3 minutos
6.	Retirar o termômetro
7.	Realizar leitura
8.	Anotar no prontuário
9.	Comunique a temperatura ao usuário ou acompanhante
10.	Realize encaminhamento ou orientações necessárias.



Descrição

TEMPERATURA AXILAR - TERMÔMETRO DIGITAL

1.	Colocar o usuário em decúbito dorsal ou sentado
2.	Explicar o cuidado que lhe será prestado e orientá-lo quanto ao movimento de abdução do braço direito até um ângulo de 35°C
3.	Afastar a roupa do usuário para expor totalmente a axila
4.	Secar com lenço a axila do usuário, realizar movimentos de absorção
6.	Pegar o termômetro e posicioná-lo paralelamente à parede medial da axila do usuário
7.	Encostar sua extremidade no ápice da axila
8.	Girá-lo, posicionando-o perpendicularmente à parede medial
9.	Solicitar ao usuário que faça adução do braço para fechar a cavidade axilar
10.	Flexionar o antebraço e apoiá-lo sobre o tórax
11.	Soltar e marcar o tempo
12.	Aguardar o toque sonoro do termômetro
13.	Realizar leitura
14.	Pedir ao usuário para estender o antebraço e fazer abdução do braço
15.	Retirar o termômetro
16.	Anotar no prontuário
17.	Comunique a temperatura ao usuário ou acompanhante
18.	Realize encaminhamento ou orientações necessárias.



7.13.7 PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é a força exercida pelo coração (por meio do bombeamento) fazendo com que sangue circule pelas artérias chegando a todos os tecidos

A pressão arterial elevada é uma condição geralmente silenciosa, não apresenta manifestações clínicas específicas até que os órgãos alvo sejam afetados.

ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E ANAMNESES INDICADOS DE RISCO PARA CDV	
Baixo Risco / Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sexo masculino • História Familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55a e mulheres < 65a) • Idade > 65a 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio • Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio • Lesão periférica – Lesão de Órgão Alvo (LOA) • Ataque Isquêmico Transitório (AIT) • Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo (HEV) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma da aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes Melito

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS MAIORES DE 18 ANOS:

Pressão arterial inicial (mmHg)		Classificação	Seguimento
Sistólica	Diastólica		
<120	<80	Ótima	
< 130	< 85	Normal	Reavaliar em 1 ano
130 - 139	85 - 89	Limítrofe	Reavaliar em 6 meses
140 - 159	90 - 99	Hipertensão estágio 1	Confirmar em 2 meses
160 - 179	100 - 109	Hipertensão estágio 2	Confirmar em 1 mês
≥ 180	≥ 110	Hipertensão estágio 3	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

Fonte: (SBC;SBH;SBN,2010)

Nota:

- Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Rastreamento

1.	Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada.
1.1	A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor.
1.2	O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.
1.3	O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.
2.	De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:
2.1	A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006);
2.2	A cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);
2.3	Em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).

AFERIR A PRESSÃO ARTERIAL

Responsável: Enfermeiro

1. Realizar educação em serviço e supervisão neste procedimento com frequência
2. Participar de ações em saúde de caráter coletivo junto aos usuários hipertensos.

Execução:




Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1. Esfigmomanômetro -> manguito de tamanho adequado ao braço do usuário - com aferidor. Este não deve passar de 2/3 da circunferência do braço
2. Estetoscópio
3. Material para anotação.



Procedimento

1. **Recomendações:**
 - 1.1 Repouso de pelo menos 5 minutos em lugar calmo
 - 1.2 Esvaziar a bexiga
 - 1.3 Não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição
 - 1.4 Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição
 - 1.5 Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição
 - 1.6 Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
2. Descubra o braço de modo a facilitar a colocação do esfigmomanômetro e a percepção do som pelo estetoscópio. Não colocar o manguito sobre o vestuário do usuário
3. Pôr o braço na altura do coração (no ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido
4. Localizar a artéria braquial (na fossa antecubital) no ponto interno da área do cotovelo. 
5. Fixar o esfigmomanômetro (manguito de tamanho adequado ao braço do usuário - com aferidor) a 2 1/2 cm da prega cubital. Atente ao tamanho adequado do manguito.
6. Verifique o pulso radial -> *será guia para insuflar o manguito*
7. Coloque o campânula (o diafragma) do estetoscópio sobre a artéria braquial 
8. Observar o mostrador do manômetro
9. Trave a válvula de rosca da pera, insufla lentamente até 180 mmHg. 
10. Desaperte lentamente a válvula de rosca da pera, (Observe o ponto de velocidade (lento) que permita Observar o movimento do ponteiro do manômetro) *
11. Ao liberar a pressão do manguito, após um período de silêncio ocorrerá o som inicial, (primeiro som, seguido de batidas regulares -> é o pico da pressão arterial durante a contração sanguínea (**sístole**))
12. Seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Acompanhe o ponteiro e após 10 a 20 mm Hg do último som auscultado solte o ar rapidamente. Registre a última fração numérica (**diástole**),
13. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do usuário, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Anote no prontuário e cartão de acompanhamento do programa da unidade (se o mesmo tiver)
14. Realize educação em saúde
15. O usuário deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial
16. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons, anotar valores da sistólica/zero
17. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas
18. Seguir o fluxo de acompanhamento do Manual SMS-SP.

*Ao despertar lentamente a válvula de rosca da pera se imediatamente ouvir o som do batimento cardíaco, desinsuflar lentamente até o ponto zero. Preparar o usuário no que for necessário, iniciar novamente o procedimento, insuflando, desta vez, até 200 mmHg.



Sensação ondular resultada do movimento do sangue durante a contração do coração, podendo ser palpada em artérias periféricas. Sua frequência é medida registrando o número de pulsações por minuto.

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Relógio (com marcação de segundos), Estetoscópio
2.	Material para anotação

Qualquer fator que afete a frequência, volume e ritmo de contrações cardíacas causam efeitos comparáveis à frequência da pulsação.

Usualmente utiliza-se o PULSO RADIAL, entretanto podemos utilizar também as artérias braquial, inguinal, poplítea, pedial e apical.

7.13.8 FREQUÊNCIA CARDÍACA

A frequência cardíaca é geralmente contada no pulso, comprimindo-se levemente a artéria radial com a ponta dos dedos.



FREQUÊNCIAS NORMAIS DE PULSAÇÃO POR MINUTO		
IDADE	Variação Aproximação	Média Aproximada
RN	120-160	140
1-12m	80-140	120
1-2a	80-130	110
3-6a	75-120	100
7-12a	75-110	95
Adolescente	60-100	80
Adulto/ Idoso	60-100	80

Adaptado- TIMBY, MICHIGAN 2000

TERMINOLOGIA BÁSICA	
Taquicardia ou taquisfigmia:	pulso acima da faixa normal (acelerado)
Bradicardia ou bradisfigmia:	pulso abaixo da faixa normal (frequência cardíaca baixa)
Pulso cheio:	indica volume normal do pulso periférico, isto é, enchimento arterial adequado
Pulso filiforme, fraco, débil:	termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico
Pulso irregular:	os intervalos entre os batimentos são desiguais
Pulso dicrótico:	“impressão” de 2 batimentos



7.13.9 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

FR->Troca de OXIGÊNIO e DIÓXIDO DE CARBONO = Quantidade de ventilação que ocorre em um minuto.

Entre as membranas alveolares e capilares = **respiração externa**
Entre o sangue e as células do organismo = **respiração interna**

FR - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

FAIXA ETÁRIA	FR (insp/min)
RN	40 a 60
lactente	30 a 40
criança	20 a 25
Adultos	14 a 20

Fonte: Adaptado Carmagnani, M.I.S. 2009

Execução:

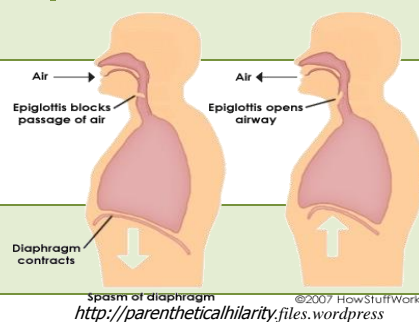
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

1ª Realizar a contagem preferencialmente com o usuário sentado

2ª Fazer o possível para que não perceba
(a FR pode se alterar quando o usuário percebe que está sendo Observado.
Por ex.: conte novamente o pulso

3ª Observar a elevação e o abaixamento do tórax por um minuto

4ª A contagem dos movimentos respiratórios é observada através do peito ou ventre e, após a inspiração e expiração, conta-se 1 (um) movimento.



→ Através dessa técnica pode-se avaliar a respiração de forma quantitativa e qualitativa.

→ É importante, além de contar o número de movimentos respiratórios por minuto, avaliar se o usuário apresenta algum tipo de dificuldade para executá-lo.

TERMINOLOGIA BÁSICA:

Taquipneia ou polipneia:	Aumento da respiração acima do normal
Bradipneia:	Diminuição do número de movimentos respiratórios
Apneia:	Parada respiratória. Pode ser instantânea ou transitória, prolongada, intermitente ou definitiva
Ortopneia:	Respiração facilitada em posição vertical
Respiração ruidosa, estertorosa:	Respiração com ruídos semelhantes a "cachoeira"
Respiração laboriosa:	Respiração difícil envolve músculos acessórios
Respiração sibilante:	Com sons que se assemelham a assovios
Respiração de Cheyne-Stokes:	Respiração em ciclos, que aumenta e diminui, com períodos de apneia
Respiração de Kussmaul:	Inspiração profunda, seguida de apneia e expiração suspirante - característica de acidose metabólica (diabética) e coma
Dispneia:	Dificuldade respiratória ou falta de ar.

7.14 Tratamento Medicamentoso

MEDICAMENTO É TODA SUBSTÂNCIA QUE INTRODUZIDA NO ORGANISMO VAI ATENDER A UMA FINALIDADE TERAPÊUTICA.

FINALIDADE:

- Paliativo** → Quando alivia determinados sintomas de uma doença, destacando-se entre eles, a dor. Ex.: Analgésico.
- Curativo** → Quando ataca/remove o agente causal da doença. Ex.: Antibiótico.
- Substitutivo** → Quando repõe outra substância normalmente encontrada no organismo, mas que por um desequilíbrio orgânico, está em quantidade insuficiente, ou mesmo ausente no organismo. Ex.: Insulina.
- Preventivo** → Quando evita o aparecimento de doenças ou diminui a gravidade das mesmas. Ex.: Vacinas.

7.14 Tratamentos Medicamentosos

A enfermagem deve organizar a sala onde ocorre o preparo e a administração de medicamentos sempre em ambiente arejado, iluminado, bancadas/pias limpas, armários com materiais e insumos identificados, caixa para coleta de material perfurocortante, sabão, luvas, bem como a manutenção dos dispensadores de produtos de uso rotineiro. Também se deve atentar à rotina de limpeza concorrente e terminal, além das demais rotinas estabelecidas pela unidade.

7.14.1 Medicação Segura

Administrar medicamentos em uma unidade de saúde requer profissionais capacitados e eficientes, para que os procedimentos realizados aconteçam de forma correta e segura, garantindo a eficácia do tratamento indicado.

TIPOS DE APRESENTAÇÃO:

Solução oral, Comprimidos, Cápsula, Pastilha, Drágea, produto liofilizado para reconstituição, Gotas, Xarope, Suspensão, Ampola, Frasco-ampola.

DA PRESCRIÇÃO:

SERÃO REALIZADOS:

1.	Tratamentos com medicamentos regularizados junto à ANVISA, que não indique ser de uso hospitalar, conforme legislação vigente (vide bula/caixa).
2.	Tratamentos com apresentação de receita médica contendo data, assinatura, carimbo, nº da entidade de classe, endereço (origem) do prescritor e prescrição medicamentosa legível.
3.	Tratamentos em usuários munidos de documento que o identifique, (RG, SUS...), como possuidor da receita médica apresentada.
4.	Tratamentos que não requerem repouso além do horário de funcionamento da unidade.
5.	Tratamentos em incapazes ou crianças acompanhados de responsáveis.
6.	Tratamentos em que o acondicionamento do medicamento apresentado não coloque em dúvida sua eficácia (conservação e temperatura exigida pelo fabricante).
7.	Tratamentos que não requerem estabelecimento de saúde com equipamentos especiais (média e alta complexidade), como equipamentos de biossegurança que a unidade não possua.
8.	Tratamentos que não requerem EPI(s) especiais para o cumprimento da biossegurança (que não seja de uso rotineiro da unidade).
9.	Tratamentos em que o lixo (resíduos sólidos) não necessite de acondicionamento, destino e coleta especial para o cumprimento da biossegurança (que não seja da rotina realizada na unidade).

PARA TRATAMENTOS DE USUÁRIOS COM RECEITA EXTERNA, DEVERÁ SER REGISTRADO:

1.	Nome do prescritor
2.	Registro da entidade de classe do prescritor
3.	Endereço e telefone do prescritor
4.	Patologia em tratamento referida pelo usuário e/ou indicada na receita
5.	Nome comercial do medicamento, exceto para genéricos
6.	Concentração e forma farmacêutica
7.	Via de administração
8.	Número do lote
9.	Número de registro na ANVISA
10.	Orientação farmacêutica (posologia)
11.	Plano de intervenção, quando houver
12.	Registrar: horário, data, assinar e carimbar.

NOTA

Quando houver dúvidas, quanto ao tratamento e/ou reconhecimento da prescrição, o usuário deverá ser orientado a voltar ao prescritor para o devido esclarecimento. Se na Unidade de Saúde houver documentação de contra referência, esta deverá ser preenchida com o motivo e, se necessário, anexar uma cópia da orientação para tratamento medicamentoso (SMS-SP).

11 CERTOS PARA MEDICAÇÃO SEGURA



Cuidados Gerais

1.	Durante o processo de preparação de medicamentos, manter-se em silêncio.
2.	Se não conhecer o medicamento, deve-se ler a bula.
3.	Preparar o medicamento a ser administrado sempre com a prescrição (médica/enfermeiro) ao alcance dos olhos.
4.	É importante realizar a leitura do rótulo do medicamento – (certificar quantas vezes for necessário para maior segurança do tratamento)
5.	Consulte a prescrição (médica/enfermeiro) a cada uma das etapas abaixo relacionadas: <i>ao receber o usuário;</i> <i>ao colocar o medicamento no recipiente para administrar;</i> <i>ao administrar o medicamento.</i>
6.	Esclarecer ao usuário qualquer dúvida existente antes de administrar o medicamento
7.	Realizar a administração do medicamento Observando a reação do usuário durante e após o procedimento. Em caso de reação interromper o procedimento e comunicar o enfermeiro.
8.	A administração do medicamento registrada no prontuário deve estar – Rubricar, Carimbar, com horário e datar.

7.14.2 MEDICAÇÃO ORAL

É a forma de administração de fármacos por ingestão oral, da mesma forma que ocorre com os alimentos. A maioria das drogas de administração oral é feita para serem ativadas no estômago e absorvidas através da mucosa gástrica.

Algumas vantagens:

- Autoingestão, a terapêutica depende do próprio usuário ou é Observada pelo cuidador
- Reversão da administração (possibilidade)
- Indolor (geralmente).

Responsável: Enfermeiro

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Dosador em ml
2.	Recipiente descartável para colocar o medicamento (copo)

Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Ler a prescrição
3.	Conferir a medicação
4.	Preparo
4.1	Solução oral, xarope, suspensão -> Diluir, agitar se necessário-> seguir a orientação da bula. No caso de solução, as doses costumam ser estipuladas em mililitros (ml). Quando se administra um produto líquido, deve-se verter o produto em recipiente graduado ou uma colher dosadora, de modo a comprovar se que se a dose é a correta. Em caso de lactentes, pode-se facilitar a administração através da utilização de uma seringa descartável.
4.2	Drágea ou Comprimido -> abrir cartela, frasco, retirar a quantidade necessária e colocar em recipiente descartável sem tocar com as mãos. Caso a pessoa tenha dificuldade em engolir uma forma sólida, como acontece com muitos idosos, deve-se colocar o medicamento na parte posterior da língua, com o intuito de se estimular melhor o reflexo de deglutição.
4.3	Gotas -> abrir o frasco, Observar a forma de contagem das gotas oferecida pelo fabricante.
4.4	Pastilhas -> comprimidos para mastigar-> são formas sólidas destinadas a se dissolverem lentamente na boca, constituída por grande quantidade de açúcar e mucilagens associadas a princípios medicamentosos.
5.	Orientar e assistir o usuário receber e deglutir a medicação -> oferecer água para auxiliar a deglutição
6.	Deixar o ambiente em ordem
7.	Higienizar as mãos
8.	Observar (dependendo da medicação) possíveis reações, queixas, bem como se o efeito foi o desejado
9.	Registrar em prontuário a administração do medicamento (checar prescrição), datar, colocar horário, assinar e carimbar.

1.14.3 MEDICAÇÃO SUBLINGUAL

Via de administração de medicamentos, que consiste na absorção de fármacos por debaixo da língua. As mucosas situadas debaixo da região sublingual são altamente vascularizadas pelos capilares sanguíneos sublinguais, motivo pelo qual a absorção de fármacos é altamente eficaz.

Responsável: Enfermeiro

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Comprimido de formas sólidas destinadas a se dissolverem lentamente na boca
2.	Recipiente descartável para colocar o medicamento (copo).

Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Ler a prescrição
3.	Conferir a medicação
4.	Preparo
4.1	Comprimido -> abrir cartela/frasco, retirar a quantidade necessária e colocar em recipiente descartável sem tocar com as mãos-> orientar o procedimento e oferecer o medicamento ao usuário. Caso o usuário tenha dificuldade em colocar o medicamento embaixo da língua, auxiliá-lo com as mãos enluvadas.
5.	Higienizar as mãos
6.	Deixar o ambiente em ordem
7.	Observar possíveis reações, queixas, e se o efeito correspondeu ao desejado
8.	Registrar em prontuário a administração do medicamento (checar prescrição) datar, colocar horário, assinar e carimbar.

7.14.4 MEDICAÇÃO VIA RETAL

Via de administração de medicamentos, que consiste na absorção de fármacos pela mucosa anal. É indicada quando há a intolerância do usuário ao fármaco por via oral ou por outras impossibilidades (sondagem oral, presença de ferimentos na boca, etc.).

A medicação é formulada na forma de supositório e ou enema retal e aplicada no esfíncter anal interno ou reto.

Responsável: Enfermeiro

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Bandeja de inox
2.	Medicação a ser administrada: Supositórios - são preparações farmacêuticas sólidas, que se fundem pelo calor natural do corpo, para ser introduzidas no reto, gerando amolecimento ou dissolução do fármaco. O excipiente mais usado é a manteiga de cacau (lipossolúvel) junto com a glicerina gelatinada (hidrossolúvel).
3.	Luvas para procedimentos
4.	Gazes
5.	Biombo.

Descrição

1.	Levar o usuário a uma sala privativa e apropriada, contendo maca fixa e biombo
2.	Orientar o usuário e ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado
3.	Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante, posicionar o biombo e garantir a privacidade do usuário
4.	Higienizar as mãos e colocar as luvas
5.	Ler a prescrição
6.	Conferir a medicação
7.	Posicionar o usuário em decúbito lateral com a perna superior em abdução – posição de Sims
8.	Remover o supositório do invólucro com uma gaze (se a ponta do supositório estiver pontiaguda, esfregar levemente com uma gaze para arredondar)
9.	Afastar as nádegas do usuário com a mão não dominante
10.	Orientar o usuário que respire lenta e profundamente pela boca, para facilitar o relaxamento da musculatura
11.	Inserir o supositório no reto segurando com a gaze até que se perceba o fechamento do esfíncter anal.
12.	Retirar as Luvas para procedimento e desprezá-las no lixo.
13.	Higienizar as mãos
14.	Orientar o usuário a comprimir as nádegas por 3 ou 4 minutos e permanecer na mesma posição por 10 a 15 minutos para a diminuição do estímulo de expulsar o medicamento.
15.	Deixar o ambiente em ordem: recolher material, encaminhar para a desinfecção
16.	Permanecer ao lado do usuário. Observar (dependendo da medicação) possíveis reações, queixas, bem como se o efeito foi o desejado
17.	Registrar em prontuário a administração do medicamento (checar prescrição) datar, colocar horário, assinar e carimbar.

7.15 INJETÁVEIS

Injeções são preparações estéreis de soluções, emulsões ou suspensões destinadas à administração parenteral.

Vias de Administração

Os medicamentos injetáveis administrados comumente nas UBS são por via intradérmica (ID), subcutânea (SC), intramuscular (IM) e endovenosa ou intravenosa (EV ou IV).

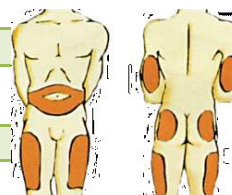
7.15.1 Intradérmica

1.	Administrada entre a derme e a epiderme
2.	Absorção do medicamento ocorre lentamente
3.	Locais indicados: face anterior do antebraço e região subescapular
4.	Utilização da via: testes de sensibilidade -> reações de hipersensibilidade, prova tuberculínica e vacina BCG
5.	Quantidade aconselhável: 0,1ml . No caso da BCG e PT a dose preconizada é 0,1ml.



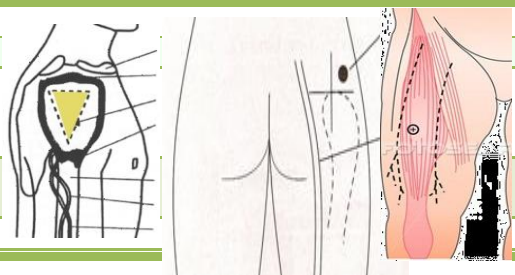
7.15.2 Subcutânea

1.	Administrada entre a pele e o músculo
2.	Absorção do medicamento inicia, geralmente, em 1/2 hora
3.	Locais indicados: regiões superiores externas do braço, abdome, região anterior e posterior das coxas e as costas
4.	Utilização da via: para administração de insulina, heparina e algumas vacinas
5.	Quantidade aconselhável: até 3 ml .



7.15.3 Intramuscular

1.	Administrada na massa muscular
2.	Absorção do medicamento irá depender da sua composição
3.	Locais mais indicados: Deltóide; Vasto lateral da coxa; Quadrante superior lateral do glúteo
4.	Utilização da via: para ação rápida (antitérmico) ou prolongada (penicilina)
5.	Quantidade aconselhável: até 5 ml



ATENÇÃO:

A mistura de medicamentos em uma só seringa pode ocasionar incompatibilidade entre os componentes

Glúteo - quadrante superior externo



Vasto Lateral da Coxa



7.15.4 TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO em Z

Essa técnica de aplicação é indicada para Intramusculares profundas de medicamentos ou drogas irritantes, como o ferro, que podem infiltrar-se nos tecidos subcutâneos e pele, podendo manchá-la ou levando a necrose.

A utilização desta técnica permite, após a retirada da agulha, criar um caminho em zigue-zague, mantendo a medicação no interior do músculo, prevenindo desta forma a infiltração de drogas irritantes nos tecidos adjacentes.

Local de aplicação:

- Região dorsoglútea
- Quadrante superior externo da região glútea, em direção perpendicular à asa ilíaca

Indicações

- Soluções oleosas e à base de ferro
- Usuários hemofílicos, que haja necessidade extrema de IM (Ex.: Vacina Antitetânica)

Responsável: Enfermeiro

1.	Realizar educação em serviço periodicamente ou, quando necessário.
2.	Realizar avaliação das condições estruturais do usuário sempre que necessário

Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Oriente o usuário sobre o procedimento
3.	Localizar a via de administração
4.	Avaliar a necessidade de utilização de Luvas para procedimento: usuário (história / reação do paciente)
5.	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool a70% (ou, swab) e deixar secar
6.	Posicione o lado ulnar da mão não dominante, imediatamente abaixo do local, e estique firmemente para baixo e para o lado o tecido do local onde será injetada a solução. (se for canhoto faça com a mão oposta)
7.	Com a mão dominante introduza a agulha utilizando um ângulo de 90°.
8.	Depois que a agulha perfurar a pele, use o polegar e o dedo indicador da mão não dominante para segurar o corpo da seringa, mantendo sempre a pele esticada até que toda medicação seja injetada.
9.	Puxe o êmbolo discretamente para trás e Observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação.
10.	Aguarde aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha, e só então solte a pele.
11.	Oclua com curativo próprio
12.	Realizar anotação de enfermagem no prontuário
13.	Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderá ocorrer com a aplicação realizada ao usuário.

7.15.5 TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO

REGIÃO VENTROGLÚTEA (VG) OU LOCAL (TÉCNICA) DE HOCHSTETTER

A região VG foi proposta, em 1954, pelo anatomista suíço Von Hochstetter, que junto aos seus colaboradores, realizou profunda investigação anatômica da região glútea, com o objetivo de explicar os vários acidentes decorrentes da aplicação intraglútea. Sob a luz de sua anatomia, procurou uma região mais segura para a aplicação de injeção por via IM. Pormenorizando a região VG, concluiu ser esta a região mais indicada para tais injeções, por suas características peculiares: espessura muscular grande, em média 4 cm na zona central; área livre de estruturas importantes, servida por múltiplos pequenos ramos do feixe vâsculo-nervoso; região limitada por estruturas ósseas, que a separa das estruturas adjacentes importantes; direção das fibras musculares é tal que previne o "deslizamento" do material injetado para a região do nervo isquiático (ciático) livrando-o de irritação; epiderme pobre em germes patogênicos anaeróbios em relação à região DG, pois é menos passível de ser contaminada com fezes e urina; pode ser aplicada em qualquer decúbito, sem necessidade de movimentar o paciente/ usuário.

Meneses AS, Marques IR. Proposta de um modelo de delimitação geométrica para a injeção ventro-glútea. Rev Bras Enferm 2007 set-out; 60(5): 552-8.

Local de aplicação:

1.	Região Ventroglútea
2.	Quadrante superior externo da região glútea, em direção perpendicular à asa ilíaca.

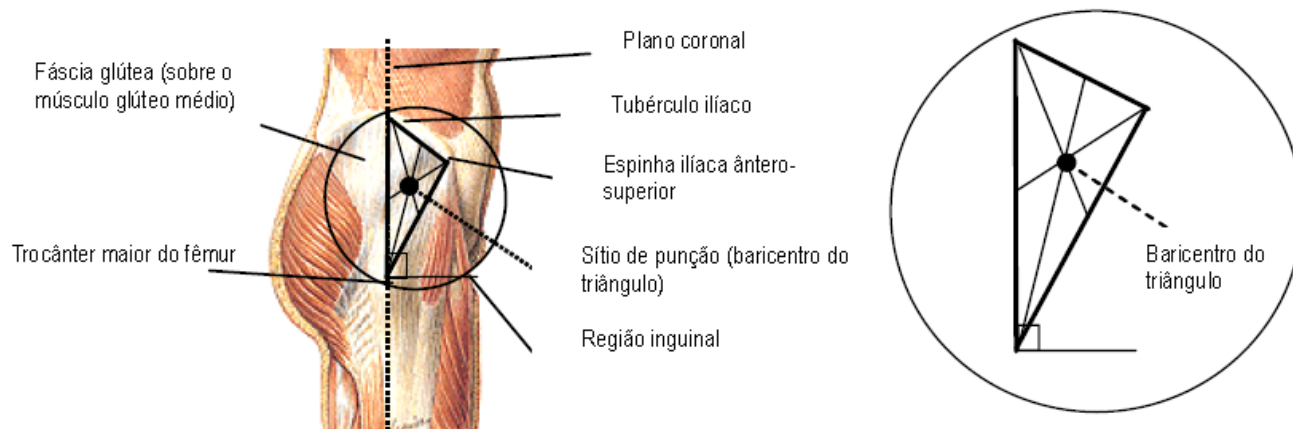


Figura 2. Músculos do quadril (vista lateral) - delimitação do sítio de punção - baricentro do triângulo.



Figura 3. Músculos do quadril (vista lateral – superficial e profunda) - delimitação do sítio de punção.


Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 552-8.

A Figura acima compara a delimitação do sítio de punção em relação à localização dos músculos glúteos, médio e mínimo, demonstrando que o baricentro do triângulo situa-se exatamente onde esses músculos têm seu maior volume e, entre os ramos superior e inferior do nervo glúteo.

Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Oriente o usuário sobre o procedimento
3.	Localizar a via de administração
4.	Avaliar a necessidade de utilização de Luvas para procedimento: usuário (história / reação do paciente)
5.	Visualizar o local de aplicação
6.	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool a70% (ou, swab) e deixar secar
8.	Delimitar a região de aplicação colocando a mão não dominante no quadril direito, ou esquerdo, do paciente espalmado a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur, localizando a crista ilíaca anteroposterior
9.	Injetar a agulha no ângulo de 90° no centro da área limitada pelos dedos abertos em "V". Recomenda-se que a agulha seja dirigida ligeiramente para a crista ilíaca
10.	Puxe o êmbolo discretamente para trás e Observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação.
12.	Oclua com curativo próprio
13.	Realizar anotação de enfermagem no prontuário
14.	Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderá ocorrer com a aplicação realizada ao usuário.

7.15.6 TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO ENDOVENOSA / INTRAVENOSA

1.	Administrada nas veias periféricas ou centrais (diretamente na corrente sanguínea)	
2.	Absorção do medicamento é imediate	
3.	Locais indicados: arco venoso dorsal; basilíca; cubital mediana; antebraquial mediana e outras. São veias calibrosas facilmente acessíveis	
4.	Utilização da via: para ação rápida -> em uma emergência -> usuários com queimaduras -> instalar vias de administração de medicamentos-> repor volume dos componentes sanguíneos, outros...	
5.	Quantidade aconselhável: Admite infusão de grandes volumes.	



Para escolha da veia leve em consideração:

- **As condições da veia**
- **Tipo de solução a ser infundida**
- **Tempo de infusão**
- **Prefira veias calibrosas para administração de fármacos irritantes ou muito viscoso**
- **Obs. Se possível -> escolha o membro superior não dominante**

Responsável: Enfermeiro

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais e Insumos disponíveis

1.	Cadeira
2.	Suporte para o braço
3.	Toalhas de papel
4.	Sabonete líquido
5.	Lixeira com pedal e saco plástico
6.	Balcão com colchonete/ divã
7.	Maca
8.	Lençol descartável
9.	Caixa para perfurocortante
10.	Bandeja Inox
11.	Bolas de algodão (cuba redonda)
12.	Esparadrapo antialérgico
13.	Garrote
14.	Álcool a 70%
15.	Luvas para procedimento
16.	Seringas
17.	Agulhas
18.	Frascos (soluções a serem infundidas)
19.	Ampolas
20.	Curativo pronto para oclusão.

A acrescentar se necessário:

1.	Biombo
2.	Suporte de soro.

Regras importantes

1.	Certificar a receita: checar nome e nº registro- entidade de classe do prescritor
2.	Checar medicamento (validade)
3.	Checar concentração
4.	Checar via de administração: Aplicar: 90°IM // 90°/45° SC depende do tamanho da agulha // 15°ID
5.	Checar horário
6.	Checar receita com data e o nome do usuário, em alguns casos é necessário o endereço → Ver 11 passos da medicação segura deste manual
7.	Explicar o procedimento ao usuário
8.	Proporcionar privacidade ao usuário
9.	Checar seringa e agulha adequada para a aplicação
10.	Preparar o injetável conforme prescrição/ orientação do fabricante.

Técnica

1.	Receba e acomode o usuário
2.	Explique o procedimento e confira com o usuário a via e a medicação a ser administrada
3.	Higienizar as mãos
4.	Escolha a seringa e agulha conforme a necessidade do medicamento prescrito e via de administração
5.	Certificar a medicação prescrita
6.	O medicamento poderá estar em ampola ou frasco ampola
7.	Realizar desinfecção da ampola ou rolha do frasco ampola
8.	Abrir o frasco ampola ou ampola com o polegar e os dedos protegidos com algodão ou gaze (evitar acidentes)
9.	Aspirar o medicamento (se for necessário diluir, certificar-se do movimento para homogeneização)
10.	Despreze a ampola ou frasco ampola na caixa de perfurocortante
11.	Não deixar ar no cilindro / Troque a agulha se necessário/Proteger a agulha s/n
12.	Preparar psicologicamente o usuário. Ter o cuidado para não expô-lo, utilizar local reservado
13.	Localizar a via de administração
14.	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool e deixar secar
15.	Avaliar a necessidade de utilização de Luvas para procedimento: usuário (história / reação do usuário)
16.	Fixar o tecido -> se intramuscular; Forme prega -> se subcutânea; Tracionar -> se intravenosa
17.	Com a mão dominante, puxar o embolo, aspirando (se intramuscular ou subcutânea) para verificar se não lesionou nenhum vaso / injetar o medicamento / colocar curativo pronto ou uma bola de algodão e, se intramuscular, pressionar levemente o local
18.	Oclua com curativo pronto, se indicado
19.	Oriente a não utilizar demasiadamente o membro que recebeu a aplicação (principalmente braços e quando EV)
20.	Realizar anotação de enfermagem no prontuário e na receita (checar prescrição)
21.	Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderão ocorrer com a aplicação.

IDENTIFICAÇÃO



PREPARO E DESCARTE



DESCARTE DA SERINGA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA



7.15.7 HIPODERMÓCLISE

A infusão de fluidos isotônicos e/ou medicamentos por via subcutânea é denominada hipodermóclise ou terapia subcutânea. Tem como objetivo a reposição hidroeletrólítica e/ou terapia medicamentosa analgésicas.

Indicações

1.	Impossibilidade de ingestão por via oral
2.	Impossibilidade de acesso venoso
3.	Possibilidade de permanência do paciente em domicílio
4.	Hidratação de longo prazo
5.	Situação clínica não emergencial

Contra- Indicações

1.	Distúrbios de coagulação
2.	Edema e Anasarca
3.	Desidratação severa
4.	Risco severo de congestão pulmonar

Escolha do Sítio da Punção

1.	Região do deltoide
2.	Região torácica superior, entre o 4º e 5º espaço intercostal.
3.	Região escapular
4.	Face anterolateral do abdome
5.	Face externa da coxa.

OBS.: A região torácica deve ser evitada nos usuários com caquexia (risco de pneumotórax)

Como utilizar os medicamentos

Diluição: todos os medicamentos administrados pela via subcutânea devem estar na forma líquida e devem ser diluídos em água para injeção. Exceção: ketamina, octreotide e ondansetrona, os quais devem ser diluídos em soro fisiológico a 0,9%.

Volume: a diluição deve ser de pelo menos 100%. Ex.: morfina 10 mg/ml, ampola de 1 ml, diluir em 1 ml de água para injeção.

Incompatibilidade: as interações ocorrem entre soluto e solvente, soluto e soluto, solução e recipiente. Algumas são visíveis (precipitação ou alteração de cor) e outras invisíveis, mas comprometem a eficácia do medicamento.

Responsável: Enfermeiro

Materiais:

1.	Solução preparada para ser instalada (soro, medicamentos)
2.	Equipo (com dosador)
3.	Solução antisséptica
4.	Gaze, luva de procedimento
5.	Scalps 23, 25, 27 (tipo butterfly)
6.	Seringas de 5 ml
7.	Soro fisiológico a 0,9%, 1 ml
8.	Filme transparente para fixar
9.	Espadrado para datar.

Execução do procedimento:

Instalação da hipodermóclise

1.	Verificar no prontuário a existência de alergias
2.	Checar junto à prescrição médica: nome do usuário, medicamento/soro, dosagem e via de administração, intervalo da dose
3.	Explicar ao usuário sobre o procedimento
4.	Escolher o local da infusão
5.	Higienizar as mãos e reunir o material
6.	Calçar as Luvas para procedimento
7.	Preparar o medicamento/soro prescrito
8.	Fazer antisepsia e a dobra na pele
9.	Introduzir o escalpe num ângulo de 30° a 45° (fazer movimento suave com o escalpe para o lado direito e esquerdo a fim de deixar o escalpe solto no espaço subcutâneo)
10.	Fixar o escalpe com o filme transparente
11.	Assegurar que nenhum vaso tenha sido atingido
12.	Aplicar o medicamento ou conectar o escalpe ao equipo da solução
13.	Datar e identificar a fixação.

OBS.: O gotejamento para a infusão de solução deve ser em torno de 60 a 125 ml/h, considerando as condições clínicas do usuário.

MEDICAMENTOS PROIBIDOS

Entre os medicamentos incompatíveis com a via subcutânea estão: diazepam, diclofenaco, eletrólitos não diluídos e fenitoína.

COMPATIVEL	CLOPROMAZINA	DEXAMETASONA	FENOBARBITAL	FUROSEMIDA	HALOPERIDOL	HIOSCINA	INSULINA	KETAMINA	METADONA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OCTREOTIDE	ONDANSETRONA	RANITIDINA	RAMADOL
INCOMPATIVEL																
NÃO TESTADO																
CLOPROMAZINA																
DEXAMETASONA																
FENOBARBITAL																
FUROSEMIDA																
HALOPERIDOL																
HIOSCINA																
INSULINA																
KETAMINA																
METADONA																
METOCLOPRAMIDA																
MIDAZOLAM																
MORFINA																
OCTREOTIDE																
ONDANSETRONA																
RANITIDINA																
TRAMADOL																

Fonte: INCA adaptado de Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle de Dor – Centro de Suporte Terapêutico Oncológico – Instituto Nacional de Câncer – RJ. 2001; Compatibility of Subcutaneously Administered Drugs 2006.

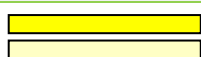
Cuidados de Enfermagem

1. Monitorar o sítio da punção quanto a:
✓ Sinais de irritação local nas primeiras 4 horas ✓ Sinais flogísticos: edema, calor, rubor e dor ✓ Entumescimento ✓ Hematoma ✓ Necrose do tecido (complicação tardia)
2. Monitorar o usuário quanto a:
✓ Sinais de infecção: presença de febre, calafrio, dor ✓ Cefaleia ✓ Ansiedade ✓ Sinais de sobrecarga cardíaca: taquicardia, turgência jugular, hipertensão arterial, tosse, dispneia
3. Realizar observação do sítio puncionado em dias alternados, realizando a troca do sítio a cada 5 a 7 dias, respeitando a distância de 5 cm do local da punção anterior. Considerar as características ambientais e clínicas do usuário
4. Após a administração de medicação, injetar 1 ml de soro fisiológico a 0,9% para garantir que todo o conteúdo do dispositivo foi introduzido no sítio de punção
5. Se for observado edema local, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender a infusão
6. Na presença de sinais logísticos, o cateter deverá ser retirado e o sítio que estava sendo utilizado, não poderá ser novamente puncionado por no mínimo 10 dias.

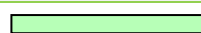
OBSERVAÇÃO

Após a administração de Medicamentos Intermitentes, fazer flush no cateter com 2 ml de soro fisiológico, não há necessidade de aspiração antes de administrar nova dose.

7.16 INJETÁVEIS quadro geral	ID	*1 SC	IM	
Higienizar as mãos				
Certificar: o medicamento e o usuário → 11 passos da medicação segura deste manual				
Escolha a seringa e agulha conforme a necessidade do medicamento prescrito e via de administração	Agulhas ID - Adultos 13 X 4,5 13 X 4,5	Agulhas SC - Adultos 13 X 4,5 13 X 4,5	Agulhas IM - Adultos Biotipo Solução oleosa solução aquosa Magro 25 x 8 mm 25 x 7 mm Normal 30 x 8 mm 30 x 7 mm Obeso 40 x 8 mm 40 x 7 mm	
Abrir o frasco-ampola / ampola com o polegar e os dedos protegidos com algodão ou gaze	Seringa de 1 ml	Seringa de 1 a 3 ml	Seringa de 3 a 5 ml	
Certificar-se do funcionamento da seringa, verificando se a agulha está firmemente adaptada (->seringas sem trava de segurança)				
Realizar desinfecção (álcool e algodão) da ampola ou rolha do frasco-ampola				
Manter a seringa com os dedos polegar e indicador e segurar a ampola /frasco ampola entre os dedos, médio e indicador da outra mão				
Introduzir a agulha na ampola e proceder a aspiração do conteúdo, invertendo lentamente a agulha, sem encostá-la na borda da ampola				
Aspirar o medicamento (se necessário diluir e certificar /realizar os movimentos para diluição)				
Despreze a ampola / frasco-ampola na caixa de perfurocortantes				
Não deixar ar no cilindro - troque a agulha se necessário - proteger a agulha s/n				
Ter o cuidado para não expor o usuário – local reservado				
Preparar psicologicamente o usuário – orientar				
* Calçar luvas se necessário		* Analisar risco de contaminação		
Localizar a via de administração				
Realizar limpeza no local da aplicação, utilizar algodão ou gaze com álcool e deixar secar	Caso necessário; Preferencialmente com água e sabão; zona rural ou ambiente hospitalar uso de álcool 70%	Limpeza em movimento circular 3X	Limpeza em movimento circular 3X	
Fixe o tecido	Puxe a pele esticando c/ polegar	Forme prega	Estique o tecido	
Reservar uma bola de algodão ou sachê segura nos dedos mínimo e anelar	Seca	Seca	Embebida em álcool	
Aplicar	15° Paralela à pele com o Bisel voltado para cima	90° Bisel da agulha voltado para o lado	90° Bisel da agulha voltado para o lado	
Com a mão dominante, puxar o êmbolo, aspirando, para verificar se não lesionou um vaso	Retire a agulha na mesma angulação em que tenha sido inserida	Injetar vagarosamente		
Terminada a aplicação, retirar rapidamente a agulha e fazer uma ligeira compressão	Não massagear	Não massagear	Comprima levemente o local até hemostasia	
Colocar curativo pronto ou uma bola de algodão no local e pressione levemente				
Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderão ocorrer com a aplicação realizada				
Realizar anotação de enfermagem no prontuário				
Higienizar as mãos.				



→ Seguir orientação do fabricante
→ Mesmo procedimento com observações



→ Mesmo procedimento

OBSERVAÇÃO: Na aplicação SC ao utilizar agulhas de outros tamanhos realizar em ângulo de 45°

ID			SC (hipodérmica)		
APLICAÇÃO			APLICAÇÃO		
Região	Localização	Volume	Região	Localização	Volume
Face anterior do antebraço e região subescapular	Locais onde a pilosidade é menor, com pouca pigmentação, pouca vascularização, oferecendo fácil leitura da reação.	Normalmente de 0,01 a 0,1 ml	*Periumbilical; Face posterior do braço; Face superior, lateral da coxa e região glútea	-----	Normalmente de 0,5 a 1,0ml podendo chegar, no máximo, até 3,0 ml
	Face anterior do antebraço e região subescapular			*Aprox. 2 cm distante da cicatriz umbilical	

Fonte: ADAPTADO - PERRY & PORTTER, 2012.

IM				
IDADE	LOCAL DE APLICAÇÃO/ VOLUME			
	DELTOIDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO (Hochestetter)	VASTO LATERAL
PREMATUROS				0,5 ML
NEONATOS				0,5 ML
LACTENTES				1,0 ML
CRIANÇAS de 3 a 6 anos		1,5 ML	1,0 ML	1,5 ML
CRIANÇAS DE 6 a 14 anos	0,5 ML	1,5 – 2,0 ML	1,5 – 2,0 ML	1,5 ML
ADOLESCENTES	1,0 ML	2,0 – 2,5 ML	2,0 – 2,5 ML	1,5 – 2,0 ML
ADULTOS	2,0 ML	4,0 ML-> até 5,0 ML em músculo de grande porte	4,0 ML	3,0 ML -> até 4,0 ML em músculo de grande porte

Obs1: acima de 5,0ML - dividir entre dois locais diferentes

Obs.2 Atenção no volume da massa muscular de cada usuário -> Observar idade, constituição física, isto é se suporta a quantidade de líquido a ser injetada.

Fonte: ADAPTADO - COREN SP - Adm. de Medicamentos, fev., 2010.

→ Branco: não se aplica

*¹ SUBCUTÂNEO

ATENÇÃO

As agulhas podem variar de tamanho, calibre, e materiais em sua composição.

Para tanto, faz-se necessário alguns cuidados na hora da aplicação de medicações, levando-se em consideração o padrão institucional e da maioria da literatura = 13 x 4,5.

Em caso de usuários (adultos ou crianças) com alterações nutricionais, como: desnutrição avançada ou caquexia deve ser feita a prega tecidual, observando-se o ângulo de 45° para a aplicação. Em casos de um adulto ou criança normal ou obesidade, segue-se o protocolo observando o ângulo de 90° para a aplicação.

8. CATETERISMOS / SONDAGENS

8.1 CATETERISMO VESICAL

Definição

Introdução de um cateter através da uretra até o interior da bexiga com o intuito de esvaziamento vesical, denominada de cateterismo vesical.

Este procedimento é indicado para a obtenção de urina asséptica para exame; descompressão da bexiga em usuários com retenção urinária; monitorizar o débito urinário horário; auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário; em reparos cirúrgicos e mesmo no pós-operatório; em usuários inconscientes; para instilar medicação no interior da bexiga; para determinação da urina residual e nos casos de bexiga neurogênica, por falta de controle esfinteriano adequado, entre outras indicações.

Este procedimento pode ser:

- **De alívio** consiste na introdução de um cateter estéril (cateter de Folley ou sonda Levine) na bexiga, através da uretra, com técnica asséptica. Drenar a urina em pacientes com retenção urinária; Coletar urina para exames; Instilar medicamentos.

Obs.:

- Não forçar a passagem do cateter, quando encontrar resistência
- Pacientes com lesão medular não devem pressionar a barriga na altura da bexiga (pé da barriga) para acelerar o esvaziamento
- Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar atendimento médico
- Restrinja a quantidade de líquidos à noite para evitar acúmulo de urina durante o sono;

- **Intermitente**, quando há um esvaziamento periódico da bexiga, ou de um reservatório criado cirurgicamente;

- **Demora**, quando há necessidade por período prolongado do esvaziamento vesical, até que o usuário consiga urinar completa e voluntariamente, ou até quando as mensurações precisas sejam necessárias.

Em ambas as situações a enfermagem realiza este procedimento conforme prescrição médica. Esta prescrição deve conter a necessidade e a frequência que deverá ser realizada a troca, em caso de usuário crônico. A solicitação deverá ser acompanhada por um histórico médico, quando na primeira vez na unidade para o referido procedimento. Também pode ser realizado pelo usuário (autocateterismo) mediante treinamento com a equipe de enfermagem.

O caso deve ser acompanhado preferencialmente pelo próprio prescritor, pois a realidade de cada usuário pode mudar mediante as possibilidades de infecção (qualquer alteração o mesmo deve ser contatado - o cateterismo não é um procedimento independente).

Deverá ser aberto um prontuário, se o mesmo não tiver, e seu acompanhamento ser devidamente, registrado através do uso do processo.

As Supervisões Técnicas de cada região deverão orientar o fluxo de encaminhamento, dos usuários para os casos de intercorrências, às respectivas unidades de saúde.

INDICAÇÕES DO CATETERISMO VESICAL:

Considerando que o uso do cateter é o principal fator relacionado à infecção do trato Urinário (ITU), é fundamental o fortalecimento de algumas medidas preventivas, são elas:

1.	Inserir cateteres somente para indicações apropriadas e mantê-los somente o tempo necessário
2.	Quando possível, escolher o procedimento de alívio (intermitente)
3.	Avaliar a possibilidade de métodos alternativos para a drenagem da urina, tais como:
a)	Estimular a micção espontânea através da emissão de som de água corrente
b)	Aplicar bolsa com água morna sobre a região supra púbica
c)	Realizar pressão delicada na região supra púbica
d)	Fornecer comadres e papagaios
e)	Utilizar fraldas
f)	No domicílio: Auxiliar e supervisionar idas ao toalete
g)	No domicílio: Utilizar sistemas não invasivos tipo "condon" em homens.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Responsável: Enfermeiro

- | | |
|----|---|
| 1. | Realização do procedimento de enfermagem. |
|----|---|

Execução: Enfermeiro e Médico

Materiais:

1.	Luvas para procedimentos e luvas estéreis, óculos de proteção e máscara
2.	Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo cuba rim, cuba redonda, bolas de algodão ou gaze, pinça Cherron ou Pean, campo fenestrado
3.	Cateter vesical 2 vias (<i>Polivinil ou demora dependendo do caso</i>)
4.	Bolsa coletora sistema fechado
6.	2 Seringas de 20 ml: 1 para lubrificação e 1 para o balão
7.	Agulha 40x12mm para aspirar
8.	Frasco de solução antisséptica e soro fisiológico.
9.	Água destilada
10.	Geleia lubrificante ou geleia anestésica
11.	Filme transparente ou micropore
12.	Saco plástico para lixo (branco)
13.	Lençol descartável
14.	Biombo, se necessário.
15.	Material para higiene íntima (toalha ou chumaço de gaze, luvas para procedimentos, sabão líquido neutro, jarro com água morna e fralda/comadre se houver)
16.	Ao avaliar a necessidade do uso de geleia anestésica , a mesma poderá ser prescrita pelo enfermeiro .

Descrição do procedimento FEMININO - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

1.	Higienizar as mãos
2.	Explicar o procedimento e sua finalidade à usuária
3.	Encaminhar a usuária para higiene íntima -> caso seja possível a mesma realizá-la
4.	Promover um ambiente iluminado
5.	Preservar a privacidade do usuário e se necessário usar biombo
6.	No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário
7.	Colocar o usuário em posição ginecológica, protegendo-a com lençol
8.	Colocar máscara, óculos e calçar as luvas para procedimento
9.	Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto padronizado para higiene, caso não tenha sido realizada previamente
10.	Retirar as luvas para procedimento
11.	Abrir com técnica asséptica, o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea.
12.	Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim.
13.	Colocar antisséptico na cuba redonda
14.	Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo
15.	Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira
16.	Colocar a geleia lubrificante ou geleia anestésica
17.	Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica
18.	Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo
19.	Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante
20.	Conectar a extensão do coletor à sonda
21.	Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia lubrificante ou geleia anestésica. Atentar para a não obstrução dos orifícios e aproximar a cuba rim
22.	Afastar os grandes lábios com o polegar e o indicador da mão dominante, expondo o vestibulo vaginal e o meato uretral, permanecendo nesta posição até o final da técnica e com a mão dominante fazer a antisepsia
23.	Usando bolas de algodão/gaze embebido na solução antisséptica e a pinça Cherron ou Pean (sentido púbis/anus na sequencia: grandes lábios, pequenos lábios e vestibulo). Usar uma bola de algodão/gaze para cada região e desprezá-la
24.	Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima
25.	Afastar com a mão dominante a cuba redonda e a pinça
26.	Continuar a manter exposto o vestibulo e, com mão não dominante. Introduzir o cateter, com a mão dominante, mais ou menos de 4cm a 5 cm. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada (refluxo)
27.	Insuflar o balão e tracionar a sonda até encontrar a resistência
28.	Fixar o cateter na face externa da coxa
29.	Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies.
30.	Retirar as luvas e recolher o material
31.	Higienizar as mãos

32.	Fazer o registro no prontuário do usuário e no mapa de produção
33.	Deixar o ambiente e o material em ordem.

Descrição do procedimento **MASCULINO – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA**

1.	Higienizar as mãos
2.	Explicar o procedimento e sua finalidade, ao usuário
3.	Encaminhar o usuário para higiene íntima, caso seja possível a mesma realizá-la
4.	Promover um ambiente iluminado
5.	Preservar a privacidade do usuário e se necessário, usar biombo
6.	No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário
7.	Colocar o usuário em decúbito dorsal e com as pernas afastadas protegendo-o com lençol
8.	Colocar máscara, óculos e calçar as luvas para procedimento
9.	Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente
10.	Retirar as luvas para procedimento
11.	Abrir com técnica asséptica o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea.
12.	Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim
13.	Colocar antisséptico na cuba redonda
14.	Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo
15.	Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira
16.	Colocar a geleia lubrificante ou geleia anestésica
17.	Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica
18.	Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo
19.	Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante
20.	Conectar a extensão do coletor à sonda
21.	Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia lubrificante ou geleia anestésica e aproximar a cuba rim
22.	Segurar o pênis com uma gaze, com a mão não dominante, mantendo-o perpendicular ao abdome
23.	Afastar o prepúcio com o polegar e o indicador da mão, não dominante. Essa mão deve permanecer imóvel no local até o término do procedimento
24.	Com a pinça montada com a solução antisséptica, fazer a antisepsia obrigatoriamente, do meato uretral para a periferia (trocar as luvas se usar material descartável)
25.	Injetar a geleia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glândula de 30 a 60 segundos, a fim de evitar o refluxo da geleia.
26.	Com a mão dominante, inserir suavemente o cateter até sua bifurcação (18 a 20 cm) com movimentos circulares, mantendo o pênis elevado perpendicularmente, e baixá-lo lentamente facilitando a passagem na uretra bulbar.
27.	Diante de resistência, não tentar inserção forçada do cateter
28.	Após o retorno da urina, insuflar o balão e tracionar delicadamente, a sonda até encontrar resistência. Observar o retorno da urina
29.	Remover o excesso de geleia da glândula e recobri-la com o prepúcio, a fim de evitar o edema da mesma
31.	<ul style="list-style-type: none"> → Fixar o cateter na parte inferior do abdome com micropore para o lado onde estiver a bolsa coletora, ou na região hipogástrica (profilaxia de fístulas uretrais) → Retirar as luvas e recolher o material → Higienizar as mãos
32.	É importante, antes de proceder a troca da sonda, investigar junto ao usuário, como foi a última troca ou seja, quais foram as intercorrências
33.	Fazer o registro no prontuário
34.	Deixar o ambiente limpo e o material em ordem
35.	Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies.

Importante:

1.	No cateterismo de alívio
1.1	Retirar o cateter (terminada a drenagem) e anotar o volume urinário. Colher amostra da urina, se necessário
2.	No cateterismo de demora
2.1	Insuflar o balão com água destilada e puxar o cateter até sentir a ancoragem do mesmo, no trigono vesical Conectar o cateter na extensão do sistema coletor e retirar as luvas. Fixar o cateter com uma tira de micropore para o lado onde estiver a bolsa coletora (deixar uma folga para a movimentação a fim de evitar tensão no cateter)
2.2	Na troca da sonda de demora, clampar a sonda, em uso, 20 minutos antes de preparar o material para a retirada da mesma.
	No caso de não haver retorno da urina: observar bexigoma.

REMOÇÃO OU RETIRADA - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Materiais:

1.	1 seringa de 20 ml
2.	1 pacote de gazes
3.	1 par de luvas para procedimentos
4.	Recipiente para lixo
5.	Máscara e óculos

Técnica para retirada

1.	Explicar, orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado
2.	Preparar o material a ser utilizado
3.	Higienizar as mãos
4.	Calçar as luvas
6.	Remover a fita de fixação da sonda, cuidadosamente
7.	Desinsuflar totalmente, o balão com auxílio da seringa
8.	Remover lentamente, o cateter
9.	Realizar higiene íntima
10.	Organizar o ambiente
11.	Retirar as luvas e higienizar as mãos
12.	Registrar todo o procedimento executado, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes
13.	Desprezar o resíduo em local apropriado.

8.1.2 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE COM CATETER HIDRÓFILO

Prescrição: Médica

Execução: Médico, Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Cuidador

Materiais:

1.	Luvas para procedimentos
2.	Cateter HIDROFÍLICO (calibre: menor possível de acordo com a idade e constituição física): um cateter por procedimento – QUATRO POR DIA (poderá ser maior em alguns casos de acordo a prescrição médica)
3.	Toalha limpa branca
4.	Pacote de gaze
5.	Recipiente limpo
6.	Sabão líquido neutro
7.	Jarro/garrafa com água morna (água Corrente)
8.	Fralda/comadre/vaso sanitário
9.	Frasco para coletar a urina
10.	Recipiente para drenagem da urina
11.	Lixo com saco para lixo

Descrição do procedimento:

1.	Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento
2.	Higienizar as mãos
3.	Colocar todo material que vai utilizar ao alcance das mãos e o lixo próximo ao usuário
4.	Calçar luvas de procedimento
5.	Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento Homens: decúbito dorsal, em pé ou sentado. Mulheres: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos, em pé ou sentado, e preferencialmente com um espelho.
6.	Realizar higiene íntima com sabonete neutro e água (usar a gaze para ajudar na retirada do sabão)
7.	Retirar as luvas de procedimento
8.	Abrir todos os materiais sobre a toalha limpa utilizando técnica asséptica
9.	Calçar as luvas de procedimento
10.	Introduzir o cateter na uretra
11.	Aguardar o retorno da urina no recipiente ou frasco
12.	Remover lentamente o cateter
13.	Desprezar o resíduo em local apropriado (Fralda/comadre/vaso sanitário)
14.	Retirar as luvas e recolher o material e desprezar o utilizado no lixo
15.	Reposicionar o usuário e ou deixa-lo em posição confortável
16.	Deixar o ambiente e o material em ordem
17.	Registrar no prontuário do usuário e no mapa de produção

OBSERVAÇÕES:

- O volume de urina drenado a cada cateterismo não deve ser superior a 400 ml.
- A frequência do cateterismo pode variar dependendo da ingesta líquida, capacidade vesical e os parâmetros urodinâmicos.
- Devemos treinar o paciente ou seu cuidador a realizar a técnica de forma segura.

8.1.1 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

É uma técnica que retira a urina da bexiga com o auxílio de um cateter (sonda), quando não há eliminação natural da urina em sua totalidade.

Este procedimento permite que o usuário esvazie a bexiga a intervalos regulares, de acordo com a necessidade individual. Esse procedimento pode ser realizado pelo próprio usuário ou por um cuidador.

O Objetivo principal na educação do usuário e cuidador quanto ao autocateterismo é promover a inclusão social, facilitar o manejo das limitações, resgatar a autoestima e a independência.

Responsável: Enfermeiro

- | | |
|----|---|
| 1. | Orientar e monitorar a realização correta do procedimento pelo usuário e/ou cuidador. |
|----|---|

Execução do procedimento:

Usuário ou Cuidador

Materiais:

1.	Água e sabão neutro
2.	Cateter uretral plástico (sonda) conforme prescrição médica ou com calibre de acordo com a idade: → Crianças: nº 6, 8 ou 10 → Adultos: nº 12 ou 14
3.	Geleia anestésica
4.	Frasco coletor de urina
5.	Frasco com graduação para medir a urina
6.	Espelho (caso seja mulher)

Descrição do procedimento feito pelo próprio usuário

1.	Preparar o material (o cateter, a geleia anestésica e o recipiente para coletar a urina) em um lugar bem iluminado e limpo.
2.	Lavar mãos e genitais com sabão neutro
3.	Escolher um local confortável • Homens: deitado, recostado no leito, sentado ou em pé. • Mulheres: → Recostada no leito: dobrar as pernas e acomodar o espelho para visualização do meato urinário, OU → Sentada ou em pé: apoiando um pé sobre um degrau (cama, escada, vaso sanitário...), acomodar o espelho para visualizar o meato urinário. Obs.: No caso do procedimento ser realizado pelo cuidador, a posição mais confortável é a deitada.
4.	Lubrificar o cateter. • Mulheres: Aplicar uma pequena quantidade de geleia anestésica sobre o cateter e introduzi-lo no meato urinário até o momento em que a urina comece a drenar. • Homens: Devem lubrificar o cateter com a geleia anestésica, segurar o pênis na posição reta e, em seguida, introduzi-lo.
5.	Quando parar de sair urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem para, então, retirá-lo totalmente.
6.	Ao finalizar o procedimento, medir o volume de urina drenado e anotar em ficha controle. Esse controle permitirá que o usuário programe o número de cateterismos necessário durante o dia.
OBS.:	Para saber qual é a quantidade de cateterismo vesical que deve ser realizado por dia, é necessário medir a quantidade de urina que ficou na bexiga, após a micção espontânea ou tentativa de micção. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: • até 100 ml: nenhum cateterismo • de 100 a 200 ml: 2 cateterismos ao dia • de 200 a 300 ml: 3 cateterismos ao dia • de 300 a 400 ml: 4 cateterismos ao dia • acima de 400ml: 6 cateterismos ao dia <i>Fonte: Manual de Cateterismo Vesical Intermitente – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2010.</i>

Importante: No cateterismo Intermitente

- ⇒ Não é necessário usar luvas ou material antisséptico.
- ⇒ Não usar vaselina como lubrificante do cateter, porque pode levar à formação de cálculos na bexiga.
- ⇒ O uso de geleia anestésica é dispensável nas mulheres.
- ⇒ Não forçar a passagem do cateter, quando encontrar resistência.
- ⇒ Pacientes com lesão medular não devem pressionar a barriga na altura da bexiga (pé da barriga) para acelerar o esvaziamento.
- ⇒ Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar atendimento médico.
- ⇒ Restrinja a quantidade de líquidos à noite para evitar acúmulo de urina durante o sono.

8.2 SONDAGENS: GÁSTRICA / NASOGÁSTRICA E OROGÁSTRICA

Sondagem Gástrica/ Nasogástrica /Orogástrica

É a introdução de uma sonda/cateter através do nariz ou da boca até o estômago/duodeno.

INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

		SONDAGEM NASOGÁSTRICA	SONDAGEM NASOENTERAL	SONDAGEM OROGÁSTRICA
1.	Prevenir vômitos após uma cirurgia	X		X
2.	Aliviar uma distensão gástrica	X		X
3.	Avaliação no tratamento de sangramento do trato gastrointestinal	X		X
4.	Coleta de conteúdo gástrico para análise	X	X	
5.	Administração de medicamentos e alimentação	X	X	X
6.	Aspiração de secreção gástrica	X	X	X
7.	Realizar lavagem gástrica	X		X

X → Mesmo procedimento

→ Não se aplica

CONTRA INDICAÇÃO:

1.	Desvio de septo
2.	TCE
3.	Obstrução intestinal mecânica
4.	Sangramento gastrointestinal
5.	Vômitos incontroláveis
6.	Diarreia intratável
7.	Isquemia gastrointestinal
8.	Íleo paralítico prolongado
9.	Inflamação do trato gastrointestinal
10.	Tumor de boca e hipofaringe
11.	Varizes esofagianas.

Responsável: Enfermeiro

1.	Verificar prescrição médica, tipo de sonda diâmetro e finalidade
2.	Recomenda-se jejum alimentar de pelo menos 04 horas.
3.	Avaliar a integridade da pele das narinas e permeabilidade, selecionando a narina
4.	Observar desvios de septo importantes.

RESOLUÇÃO COFEN 453/2014

Execução: Enfermeiros

Materiais

1.	Sonda Nasoenteral / Gástrica
2.	Máscara descartável
3.	Óculos de proteção
4.	Bandeja
5.	Geleia lubrificante
6.	Seringa de 20 ml
7.	Gaze
8.	Estetoscópio
9.	Luva para procedimento
10.	Micropore
11.	SF 0,9%
12.	Lanterna / fotóforo
13.	Toalha ou papel toalha
14.	Biombo (se necessário).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

		SONDAGEM NASOGÁSTRICA	SONDAGEM NASOENTERAL	SONDAGEM OROGÁSTRICA
1.	Higienizar as mãos	X	X	X
2.	Reunir o material e levar próximo ao usuário	X	X	X
3.	Explicar o procedimento ao usuário e ao familiar	X	X	X
4.	Isolar a cama com um biombo (se necessário). Atenção à prioridade do usuário	X	X	X
5.	Colocar o usuário em posição de "Fowler" alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o usuário não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito lateral esquerdo (DLE) ou decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente	X	X	X
6.	Colocar a máscara, óculos de proteção e Luvas para procedimento	X	X	X
7.	Inspeccionar a sonda verificando possíveis defeitos	X	X	X
8.	Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do usuário	X	X	X
9.	Higienizar a narina com S.F. 0,9% quando necessário	X	X	X
10.	Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide, marcar com micropore. Evitar encostar a sonda na pele do usuário.	X	Adicionar mais 10 a 15 cm, pois deverá ficar localizada na primeira porção do duodeno X	Colocar a sonda junto ao canto da boca para efetuar a mensuração. X
11.	Para facilitar a saída do fio guia, lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF 0,9% antes da passagem da sonda	Se uso de sonda tipo Dobboff X	X	X
12.	Lubrificar a extremidade distal da sonda com a geleia lubrificante	X	X	X
13.	Com o pescoço em posição neutra, iniciar a introdução da sonda na narina do usuário, após a introdução de aproximadamente 10 cm fletir pescoço do usuário.	X	X	Colocar a ponta da sonda na parte posterior da língua X
14.	Quando possível solicitar a colaboração do usuário pedindo para que o mesmo faça movimentos de deglutição	X	X	X
15.	Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do usuário até o ponto pré-marcado. Interromper e retirar a sonda caso o mesmo apresente: tosse; dificuldade respiratória; cianose e agitação	X	X	X
16.	Testar posicionamento injetando 20 ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio (som de WOOSHING) simultaneamente a região epigástrica e / ou aspirar o conteúdo gástrico	X	X	X
17.	Realizar dupla checagem (dois profissionais auscultam)	X	X	X
18.	Após confirmação do posicionamento adequado da sonda retirar o fio guia delicadamente	Se uso de sonda tipo Dobboff X	X	X
19.	A sonda deverá ser fixada na face, do mesmo lado da narina utilizada, com micropore fino. Colocar data da instalação em volta da sonda. Trocar a fixação a cada 05 / 07 dias	X	X	Fixar na bochecha X
20.	Solicitar ao usuário que permaneça em decúbito lateral direito	X	X	X
21.	Reunir todo o material e deixar o usuário confortável	X	X	X
22.	Guardar o fio guia em embalagem limpa e mantê-lo junto aos pertences do usuário, caso a sonda atual precise ser repassada	X	X	X
23.	Desprezar o material em local apropriado e higienizar a bandeja	X	X	X
24.	Retirar as luvas para procedimento, os óculos de proteção e a máscara descartável	X	X	X
25.	Higienizar as mãos	X	X	X
26.	Realizar anotação de enfermagem no prontuário (qual narina foi introduzida a sonda, testes de posicionamento, intercorrências, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura do profissional que realizou o procedimento)	X	X	X
27.	Encaminhar o usuário para controle radiológico 04 horas após a passagem da sonda (RESOLUÇÃO COFEN 277/2003)		X	
28.	Iniciar a nutrição / medicação	X	Após confirmar a localização da sonda pela radiografia. X	X

- X → Mesmo procedimento com observação
 X → Mesmo procedimento
 → Não se aplica

CUIDADOS NO USO DAS SONDAS

1.	Verificar o posicionamento da sonda
2.	Administrar a dieta em temperatura ambiente
3.	Acompanhar a administração da dieta, a fim de garantir a continuidade do gotejamento
4.	Não infundir a dieta rapidamente. Infundir em torno de 1 hora horas, conforme orientação médica ou nutricionista
5.	Manter o usuário em posição sentado ou semisentado durante e após (20 a 30 minutos) o processo de administração da dieta
6.	Ao infundir a dieta, observar seu aspecto, detectando alterações como: presença de elementos estranhos, integridade do frasco, data de fabricação / manipulação, volume, fórmula e horário confirmando estes dados na prescrição. A validade e manutenção da dieta deve seguir a orientação do fabricante.
7.	Ficar atento à fixação da sonda, alternando o local para não lesar a pele das narinas.
8.	Utilizar frascos de até 300 ml
9.	Os medicamentos devem ser em forma líquida. Macerá-los e administrá-los separadamente
10.	Lavar com 20 ml de água filtrada antes, entre e após as medicações.
11.	Em usuários com suspeita de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), é recomendado a sondagem oragástrica e em usuários com suspeita de Trauma raquimedular não elevar o decúbito.

OBSERVAÇÃO: Em caso de sonda nasoenteral -> NÃO aspirar antes de infundir a dieta.

COMPLICAÇÕES

1.	Distensão abdominal
2.	Vômitos e diarreia
3.	Obstrução da sonda
4.	Sinusite aguda
5.	Otite
6.	Erosão nasal, necrose e abscesso do septo nasal
7.	Esofagite
8.	Ruptura de varizes do esôfago
9.	Complicações pulmonares (pneumonia, pneumotórax...).

RETIRADA / TROCA DA SONDA

1.	Fechar a sonda
2.	Colocar máscara, óculos e luvas para procedimentos
3.	Verificar o posicionamento da sonda
4.	Manter o usuário em posição Fowler
5.	Remover a fixação cuidadosamente
6.	Pedir para que o usuário prenda a respiração para fechar a epiglote
7.	Retirar de uma vez delicadamente
8.	Ajudar ou realizar higiene bucal completa.

OBSERVAÇÃO:

-> Caso o RX NÃO confirme o posicionamento da SNE, manter DLD por 24h e repetir o exame.

-> MONITORAR durante 8h observando sinais de disfunção gastrointestinal como náuseas, vômitos, distensão abdominal e intolerância alimentar.

9. Lavagem Intestinal

LAVAGEM INTESTINAL

É o processo de introdução de líquido com medicamentos ou não, por catéter na região retal. Quando a quantidade infundida é menor de 50ml a 500ml o procedimento é denominado enema ou clister. Quando a quantidade infundida é maior de 500ml é denominado enteroclisma.

Indicação

Esse procedimento tem com finalidade auxiliar /viabilizar a exteriorização do conteúdo fecal, em caso de constipação, aliviar flatulência, preparar o intestino para exames, interveções cirúrgicas e remover fecalomas.

9.1 ENTEROCLISMA

Responsável: Enfermeiro

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Frasco de solução prescrita
2.	Sonda retal
3.	Equipo macrogotas
4.	Geleia anestésica
5.	Gazes
6.	Luva de procedimento
7.	Forro de papel impermeável
8.	Rolo de papel higiênico
9.	Biombo
10.	Comadre e/ou fralda
11.	Suporte de soro.

Descrição

1.	Verificar a solução e o volume prescrito
2.	Avaliar o usuário, verificar frequência cardíaca e pressão arterial
3.	Reunir o material
4.	Aquecer a solução prescrita a 37° C antes de administrá-lo
5.	Proteger o leito com forro de papel impermeável
6.	Orientar o usuário e/ou cuidador sobre o procedimento, solicitando sua colaboração
7.	Promover a privacidade ao usuário com utilização de biombo se necessário
8.	Colocar a máscara e higienizar as mãos
9.	Calçar Luvas para procedimento
10.	Conectar o equipo macrogotas com a solução prescrita, mantê-lo pinçado
11.	Conectar a sonda na extensão, retirar todo ar do circuito
12.	Colocar o frasco de solução no suporte a uma altura de mais ou menos 50cm acima do colchão
13.	Posicionar o usuário em posição SIMS com membro inferior estendido e membro inferior fletido
14.	Lubrificar a sonda com geleia anestésica
15.	Segurar a sonda com uma gaze
16.	Inserir a ponta da sonda retal lentamente apontando a extremidade na direção do umbigo do usuário
17.	Introduzi-la no reto de 5cm a 7cm para crianças e 10 a 13cm para adultos
18.	Abrir a pinça e infundir lentamente a solução ou gota-a-gota conforme prescrito
19.	Pinçar a sonda antes que o frasco esvazie completamente
20.	Deixar o usuário na mesma posição por 10 minutos para manter o líquido retido
21.	Oferecer comadre, ou colocar fralda, ou encaminhar o usuário ao vaso sanitário (solicitar não dar descarga) conforme condições clínicas do usuário
22.	Observar o aspecto e a quantidade da eliminação (cor, consistência das fezes, volume de retorno e presença de sangue, muco, outros)
23.	Deixar o usuário confortável e o ambiente em ordem
24.	Recolher e/ou descartar o material
25.	Higienizar as mãos
26.	Anotar horário, quantidade e aspecto da eliminação no prontuário.

OBSERVAÇÃO:

Se for encontrado algum obstáculo à introdução da sonda, não forçar -> Retirá-la.

9.2 ENEMA

Responsável: Enfermeiro

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Frasco de enema prescrito
2.	Geleia anestésica
3.	Gazes
4.	Luvras para procedimentos
5.	Forro de papel impermeável
6.	Rolo de papel higiênico
7.	Comadre e/ou fralda
8.	Biombo.

Procedimento

1.	Higienizar as mãos
2.	Proteger o leito com forro de papel impermeável
3.	Orientar o usuário e o cuidador sobre o procedimento, solicitando sua colaboração
4.	Promover a privacidade do usuário com a utilização do biombo
5.	Preparar o material e a solução
6.	Aquecer a solução prescrita a 37°C antes de administrá-la
7.	Colocar o usuário em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo, com perna esquerda estendida e direita flexionada)
8.	Calçar as luvas
9.	Lubrificar a ponta do frasco com a geleia anestésica
10.	Afastar os glúteos com auxílio das gazes
11.	Introduzir delicadamente toda a extremidade do frasco no ânus, apertando o frasco até seu total esvaziamento, retirando-o ao término da administração do líquido
12.	Solicitar ao usuário que enrijeça a musculatura dos glúteos a fim de evitar a liberação do líquido
13.	Orientar o usuário para que retenha o líquido no intestino por aproximadamente 2 a 5 minutos até sentir urgência em defecar
14.	Oferecer comadre ou colocar fralda ou encaminhar o usuário ao vaso sanitário (solicitar não dar descarga), conforme condições clínicas do usuário
15.	Observar o aspecto e a quantidade da eliminação (cor, consistência das fezes, volume e características como presença de sangue, muco, etc..)
16.	Retirar as luvas
17.	Deixar o usuário confortável e o ambiente em ordem
18.	Recolher e/ou descartar o material utilizado
19.	Higienizar as mãos
20.	Anotar no prontuário o procedimento realizado, horário, quantidade e aspecto da eliminação das fezes.

OBSERVAÇÃO:

Se for encontrado algum obstáculo à introdução do frasco do ENEMA, não força-lo e, sim, retirá-lo.

10. Manutenção e Manuseio do Catéter Venoso Central de Inserção Periférica PICC (Peripherally Inserted Central Catheters)

Descrição do PICC

Dispositivo vascular de inserção em veias periféricas, cateter longo e com a ponta em posição central, normalmente em adultos, posicionada na porção inferior da veia cava superior, podendo ter lúmen único duplo ou com mais lumens.

São constituídos de poliuretano ou silicone.

Indicações

- Obter, manter e preservar o acesso venoso para a infusão de soluções;
- Necessidade de terapia intravenosa por tempo prolongado (a partir de sete dias até vários meses);
- Administração de soluções vesicantes e irritantes;
- Administração de soluções hiper ou hipo-osmolares (nutrição parenteral, com ou sem lipídios).

Tempo de permanência

O tempo pode ser determinado pelo período de tratamento, se não houver intercorrências ou complicações, em média 6 meses a um ano.

Responsável: Enfermeiro

Execução: Enfermeiro

1.	Avaliação do sítio de inserção e troca do curativo
2.	Administração de drogas e manuseio no PICC.

Materiais: Troca de curativo

1.	1 par de Luvas para procedimento
2.	1 par de luvas estéril
3.	2 pacotes de gaze estéril
4.	Solução de clorexidina alcoólica 0,5%
6.	1 curativo transparente
7.	1 sistema de fixação sem sutura (tipo Statelock®), quando fornecido pela instituição que encaminhou o usuário
8.	Máscara
9.	Gorro
10.	Avental de manga longa descartável

Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Reunir todo material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado
4.	Colocar a touca, a máscara, o avental descartável e luvas para procedimento
5.	Avaliar presença de eritema, exsudato ou edema, apalpar delicadamente em torno da inserção,
6.	Retirar o curativo anterior com cuidado
7.	Higienizar as mãos com álcool a 70%
8.	Embeber a gaze com solução clorexidina alcoólica 0,5%
9.	Calçar as luvas estéreis
10.	Realizar a limpeza da área de inserção com a gaze embebida em solução de clorexidina alcoólica 0,5%
11.	Realizar a limpeza do sítio de inserção. Deixar a solução secar espontaneamente
12.	Verificar a posição do cateter, certificando-se de que não houve tração (Atenção! -> não reintroduzir o cateter caso este tenha sido exteriorizado)
13.	Inspeccionar o sítio de inserção
14.	Cobrir com película transparente
15.	Retirar o sistema de fixação sem sutura (tipo Statelock®)
16.	Realizar limpeza da pele com clorexidina alcoólica 0,5% e deixar a solução secar
17.	Colocar novo sistema de fixação sem sutura (tipo Statelock®)
18.	Datar o curativo
19.	Retirar a paramentação
20.	Higienizar as mãos
21.	Fazer registros em prontuário.

Manuseio do Cateter

Materiais

1.	Clorexidina degermante
2.	Luva para procedimento
3.	Álcool 70%
4.	Gaze estéril
6.	Soro fisiológico 0,9%
7.	Seringa 10 ml
8.	Oclusor ("tampinha").

Descrição

1	Higienizar as mãos com solução clorexidina degermante antes e após a manipulação do cateter
2.	Utilizar paramentação (gorro, máscara, avental e luvas para procedimento)
3.	Friccionar álcool a 70%, por oito vezes durante 20 seg. nas conexões e tampas rosqueadas utilizando gaze estéril ao manusear o cateter
4.	Testar retorno venoso antes da administração de medicamentos
5.	Realizar antes e após cada administração do medicamento um flush com 10 ml SF 0,9%
6.	Trocar oclusor toda vez que usado o cateter.

Observações gerais no manuseio do cateter

1.	Não tracionar o cateter
2.	Nunca usar força para injetar qualquer solução
3.	Nunca tentar desobstruir o cateter
4.	Utilizar somente seringa de 10 ml, seringa maiores ou menores poderão romper o cateter
6.	Não coletar amostra de sangue pelo cateter
7.	Realizar a medida da circunferência do braço onde está inserido o cateter (terço médio) e anotar diariamente Compare as medidas dos dois membros e se houver alterações -> comunicar imediatamente o serviço.

11. CUIDADOS COM ESTOMIZADOS

Organização
Ana Maria Amato Bergo
Soraia Rizzo

Estomia é a abertura de um órgão por meio de ato cirúrgico, formando uma boca que passa a ter contato com o meio externo para alimentação, hidratação, medicamentos e ar ou para eliminações de dejetos, secreções, fezes e/ou urina.

As causas que levam à realização de uma estomia são variadas. Entre as mais frequentes estão os traumatismos, as doenças congênitas, as doenças inflamatórias, os tumores e o câncer.

Dependendo da etiologia da doença, o cirurgião indica a realização de uma estomia temporária ou definitiva.

11.1 INTESTINAIS

As estomias intestinais são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado e consiste na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial.

Podem ser:

- **TEMPORÁRIAS**, realizadas para proteger uma anastomose, tendo em vista o seu fechamento num curto espaço de tempo.
- **DEFINITIVAS**, realizadas quando não existe a possibilidade de reestabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização do procedimento acarreta uma série de mudanças na vida do paciente que requer um cuidado especializado de enfermagem.

São estomias intestinais: Jejunostomias (finaliza administração de alimentos, hidratação e medicamentos, e como descompressão do sistema digestivo superior), ileostomia e colostomia (finalizam eliminação de efluentes). A colostomia pode ainda ser: ascendente, transversa e descendente.

A seguir descreveremos os cuidados com as estomias de eliminação, deixaremos os cuidados com a da jejunostomia juntamente aos estomas digestivos.

CUIDADOS COM ILEOSTOMIAS E COLOSTOMIAS:

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação do estoma
2.	Avaliação dos produtos do estoma
3.	Avaliação das complicações e intercorrências.

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Bolsas Coletoras - antiodor, transparente ou opaco, macio, atóxico e hipoalergênico, tamanho e tipo de acordo a estomia
2.	Placa adesiva de uma ou de duas peças
3.	Acessórios – necessários para segurança e higiene (saco coletor noturno, cinto, barreiras protetoras – pasta, pó, anéis)
4.	Pinça para clampear
5.	Água
6.	Sabão neutro
7.	Gazes ou pano macio e limpo
8.	Medidor de estomia
9.	Tesoura de ponta arredondada
10.	Luvas para procedimento
11.	Toalha
12.	Saco para lixo contaminante
13.	Protetor plástico
14.	Escova dental (apenas para este procedimento, se necessário).

PROCEDIMENTO PARA QUEM PODE DEAMBULAR OU CADEIRANTE	
1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento
4.	Remover a bolsa no momento do banho delicadamente
5.	Desprezar o conteúdo no vaso sanitário
6.	Limpar a pele ao redor do estoma. Secar bem a pele
7.	Utilizar o medidor de estomas para saber o tamanho exato do estoma
8.	Desenhar o molde do estoma no verso da placa: não deixar a abertura da placa muito maior que o estoma, o ideal é mantê-la de dois a três milímetros de pele descoberta ao redor do estoma.
9.	Recortar a placa
10.	Retirar o papel do verso da placa
11.	Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
12.	Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte inferior da placa
13.	Retirar o ar de dentro da bolsa
14.	Dobrar a abertura inferior da bolsa ao redor da pinça (clamp) fechando a mesma
15.	O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário (1/3 do espaço ocupado)
16.	Registrar o procedimento; (instrumento de produção e prontuário do usuário).

PROCEDIMENTO PARA ACAMADO	
1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento
4.	Forrar a cama com um protetor plástico e uma toalha
5.	Remover a bolsa delicadamente com auxílio de um pano ou gaze úmida
6.	Proteger a estomia (papel higiênico e outro de acordo com a característica das fezes) e desprezar o conteúdo da bolsa no vaso sanitário
7.	Limpar a pele ao redor da estomia e secá-la bem
8.	Utilize o medidor de estomas para saber o tamanho exato do estoma
9.	Desenhar o molde do estoma no verso da placa: não deixar a abertura da placa muito maior que o estoma, o ideal é mantê-la de dois a três milímetros de pele descoberta ao redor do estoma
10.	Recortar a placa
11.	Retirar o papel do verso da placa
12.	Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
13.	Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte inferior da placa
14.	Retirar o ar de dentro da bolsa
15.	Dobrar a abertura inferior da bolsa ao redor da pinça (clamp) fechando a mesma
16.	O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário (1/3 do espaço ocupado)
17.	Registrar o procedimento; (instrumento de produção e prontuário do usuário).

PROCEDIMENTO PARA REUTILIZAÇÃO DA BOLSA	
01.	Lavar a bolsa com água morna e detergente ou sabão neutro abundantemente podendo se utilizar de uma escova dental para remover a sujidade da flange
02.	Secar bem a bolsa ou deixá-la secando na sombra de um dia para outro
03.	Recolocar a bolsa
04.	Para maior durabilidade (normalmente sua durabilidade é de até cinco aplicações) podem ser aplicados "oleos lubrificantes", conforme orientação do enfermeiro, no interior da bolsa quando bem seca para nova aplicação
05.	Registrar o procedimento no instrumento de produção e prontuário do usuário.

Considerações gerais:

Durante a troca da bolsa devem-se observar as seguintes alterações:

- **Sangramento excessivo**
- **Cianose**
- **Irritação/lesões da pele ao redor do estoma**
- **Redução excessiva no tamanho do estoma**
- **Presença de retração, hérnia, prolapso, outros...**

Caso ocorra alguma dessas anormalidades, comunicar imediatamente ao médico ou enfermeiro da unidade e seguir as orientações fornecidas.

A enfermagem cuida e orienta o usuário até que o mesmo possa cuidar de sua colostomia sozinho, ou o cuidador possa fazê-lo. Os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para o cuidado do estoma, a troca da bolsa coletora, com a pele, bem como atenção social e psicológica.

11.2 URINÁRIAS

Estomas Urinários (urostomia) é a abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina. A urina passará a fluir através desta abertura situada na parede abdominal e será armazenada em uma bolsa coletora.

São realizadas por diversos métodos cirúrgicos, com objetivo de preservar a função renal.

Existem outros tipos de desvios urinários, como por exemplo: as ureterostomias e as vesicostomias. Muitos cirurgiões, hoje em dia, realizam cirurgias que resultam em desvio urinário continente.

As urostomias podem ser **TEMPORÁRIA** ou **DEFINITIVA**.

➔ **TEMPORÁRIA** nos casos de megaretra e refluxo vesículo-uretral.

➔ **DEFINITIVA** nos casos de câncer de bexiga, incontinência (atrofia da bexiga, atrofia vesical, carcinoma uretral e cistite intersticial).

O fluxo constante da urina proveniente do estoma pode ser muito irritante para a pele.

As bolsas para urostomia devem possuir válvulas antirrefluxo, as quais evitam que a urina coletada na bolsa retorne para o estoma.

CUIDADOS COM UROSTOMIAS

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação do estoma
2.	Avaliação dos produtos do estoma
3.	Avaliação das complicações e intercorrências.

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Bolsas Coletoras - antiodor, transparente ou opaco, macio, atóxico e hipoalergênico, tamanho e tipo de acordo o estoma.
2.	Placa adesiva de uma e de duas peças
3.	Acessórios – necessários para segurança e higiene (cinto, barreiras protetoras – pasta, pó, anéis)
4.	Protetor plástico
5.	Água
6.	Sabão neutro
7.	Gazes ou pano macio e limpo
8.	Medidor de estoma
9.	Tesoura de ponta arredondada
10.	Luvas para procedimento
11.	Toalha
12.	Saco para lixo contaminante.

PROCEDIMENTO

1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento
4.	Forrar a cama com um protetor plástico e uma toalha
5.	Remover a bolsa delicadamente (pode ser no momento do banho)
6.	Desprezar o conteúdo no vaso sanitário, caso não tenha sido realizado previamente.
7.	Limpar a pele ao redor do estoma com água morna e sabão neutro (pode ser no momento do banho)
8.	Secar bem a pele ao redor do estoma
9.	Utilizar o medidor de estomas para saber o tamanho exato do estoma
10.	Desenhar o molde do estoma no verso da placa: não deixar a abertura da placa muito maior que o estoma, o ideal é manter de dois a três milímetros de pele descoberta ao redor do estoma.
11.	Recortar a placa
12.	Retirar o papel do verso da placa
13.	Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
14.	Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte inferior da placa
15.	Retirar o ar de dentro da bolsa
16.	Certificar-se que a torneira/ válvula para drenagem esteja fechada
17.	O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário (1/3 do espaço ocupado)
18.	Registrar o procedimento (instrumento de produção e prontuário do usuário).

PROCEDIMENTO

para reutilização da bolsa

01.	Lavar a bolsa com água morna e detergente ou sabão neutro abundantemente
02.	Secar bem a bolsa ou deixá-la secando à sombra de um dia para outro
03.	Recolocar a bolsa (normalmente, sua durabilidade e de até cinco aplicações)
04.	Registrar o procedimento no instrumento de produção e prontuário do usuário.

Considerações gerais:

Durante a troca da bolsa devem-se observar as seguintes alterações:

- **Presença de hematúria, piúria.**
- **Dermatite Peri estoma**
- **Urina turva e escura**
- **Urina com cheiro forte**
- **Dor nas costas (na área dos rins)**
- **Febre**
- **Perda de apetite**
- **Náusea, Vômito**
- **Hérnia**

Caso ocorra alguma dessas anormalidades comunicar imediatamente ao médico ou enfermeiro da unidade e seguir as orientações fornecidas.

A enfermagem cuida e orienta o usuário até que o mesmo possa cuidar da urostomia sozinho ou o cuidador possa fazê-lo. Os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para o cuidado do estoma, a troca da bolsa coletora com a pele, bem como atenção social e psicológica.

11.3 DIGESTIVAS

Estomas digestivos é a abertura abdominal para a criação de um trajeto de comunicação do estômago com o meio externo. Tem indicação para pessoas que necessitam de uma via de alimentação, devido à incapacidade em manter uma ingestão oral suficiente, ou uso prolongado de tubos que levam a complicações como pneumopatia por aspiração.

Também podem ser **TEMPORÁRIA** ou **DEFINITIVA**.

- **TEMPORÁRIA** nos casos de estenose cáustica, câncer de esôfago ou megacolon, até que a via natural seja reestabelecida.
- **DEFINITIVA** como medida paliativa em pacientes com **Neoplasia Maligna Obstrutiva** e irressecável do esôfago, nas quais não existem condições de intubação transtumoral, seja por via endoscópica ou através de cirurgia.

CUIDADOS COM GASTROSTOMIAS E JEJUNOSTOMIAS:

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação do estoma
2.	Avaliação dos produtos do estoma
3.	Avaliação das complicações e intercorrências.

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Água morna
2.	Sabão neutro
3.	Gazes ou pano macio e limpo
4.	Luvras para procedimento
5.	Protetores cutâneos
6.	Curativos para dermatites e ou granulomas
7.	Seringa de 20 ml e de 50ml.

PROCEDIMENTO

com o estoma

1. Higienizar as mãos
2. Preparar o material
3. Orientar o usuário sobre o procedimento
4. Limpar a pele ao redor do estoma podendo ser durante o banho
5. Secar bem a pele ao redor
6. Aplicar curativos se for o caso (ver capítulo de curativos)
7. Aplicar protetores (gazes, chumaço de gaze ou hidropolímeros)
8. Certificar-se que o cateter esteja bem inserido e na marca correta
9. Registrar o procedimento no instrumento de produção e prontuário do usuário.

PROCEDIMENTO

para a manutenção do cateter

1. Higienizar as mãos
2. Preparar o material
3. Orientar o usuário sobre o procedimento
4. Lavar o cateter internamente com 50 ml de água filtrada morna utilizando a seringa de 50ml em único jato
5. Limpar área externa do cateter com água e sabão neutro podendo fazê-lo durante o banho
6. Certificar-se de que o cateter está bem localizado (aspirar conteúdo gástrico)
7. Verificar o balão, quando houver, se está adequadamente fixo e insuflado
8. Fazer uma rotação 360º semanalmente do cateter
9. Registrar o procedimento (instrumento de produção e prontuário do usuário)

Considerações gerais:

No cuidado com o estoma deve-se observar as seguintes alterações:

- **Dermatite Peri-estoma**
- **Granuloma**
- **Sangramento**
- **Peritonite**
- **Aspiração**
- **Fístula**
- **Deslocamento, vazamento, dor**
- **Febre**
- **Perda de peso**
- **Edemas de face e MMII**

Caso ocorra alguma dessas anormalidades comunicar imediatamente ao médico ou enfermeiro da unidade e seguir as orientações fornecidas.

ATENÇÃO: os cateteres costumam ter 3 vias:

- a. **Central para administrar nutrientes,**
- b. **Lateral para administrar medicamentos,**
- c. **Colorida ou sem tampa, que é para controlar o balão.**

Com relação à administração da dieta sempre manter o decúbito elevado durante a infusão.

Se o cateter sair, imediatamente (no máximo 2 horas) deve ser colocada uma sonda (pode ser a do tipo Folley) no local até reinserção de outro cateter ideal para não perder o pertuito. Caso contrário deverá ser encaminhado a um local para nova inserção.

Em relação ao tempo de uso/permanência do cateter-> atentar ao seu estado geral, pois pode ser trocado antes do tempo estimado, ou de acordo a prescrição médica.

- De acordo com o tipo de cateter, se de longa permanência tem uma duração de 1 ano, se de curta permanência, 6 meses.

Evitar uso de adesivos na pele para fixar o cateter.

A enfermagem cuida e orienta o paciente até que o mesmo possa cuidar sozinho ou um cuidador o possa.

Os cuidados devem ser direcionados quanto a troca da bolsa coletora, cuidados com a pele e atenção social e psicológica.

11.4 RESPIRATÓRIAS

Estoma respiratório é o procedimento cirúrgico realizado para criar uma comunicação da luz traqueal com o exterior, com o objetivo de melhorar o fluxo respiratório. São indicações Obstrução das vias aéreas, laringotraqueomalácia intensa, as fendas traqueoesofágicas, a intubação oro/nasotraqueal prolongada e o trauma facial grave.

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação do estoma
2.	Avaliação dos produtos do estoma
3.	Avaliação das complicações e intercorrências

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Água morna
2.	Sabão neutro
3.	Gazes ou pano macio e limpo
4.	Luvas para procedimento
5.	Protetores cutâneos
6.	Curativos para dermatites e ou granulomas *

PROCEDIMENTO

1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento
4.	Limpar a pele ao redor do estoma podendo fazê-lo durante o banho (proteger a abertura)
5.	Secar bem a pele ao redor
6.	Aplicar curativos se for o caso
7.	Aplicar protetores cutâneos
8.	Realizar a troca do cadarço se necessário, mantendo-o seguro e limpo
9.	Registrar o procedimento (instrumento de produção e prontuário do usuário)

Considerações gerais:

Durante o cuidado com o estoma deve-se observar as seguintes alterações:

- **Dermatite Peri estoma**
- **Granuloma**
- **Sangramento**
- **Ulcerações**
- **Estenose**
- **Perfuração da traqueia**

Caso ocorra alguma dessas anormalidades comunicar imediatamente ao médico ou enfermeiro da unidade e seguir as orientações fornecidas.

Curativos para dermatites e/ou granulomas *

- **Os curativos devem seguir os cuidados do protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas crônicas e Pé Diabético.**
- **Indica-se para proteção e prevenção de dermatites e granulomas, o hidropolímero sem adesivo, ou um absorvente quando houver drenagem de exsudato.**

Em relação ao tempo de uso/permanência da cânula atentar ao seu estado geral e trocá-lo de acordo a prescrição médica.

A enfermagem cuida e orienta o usuário até que o mesmo possa cuidar de seu estoma sozinho, ou o cuidador possa fazê-lo. Os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para o cuidado do estoma, a troca da bolsa coletora, com a pele, bem como atenção social e psicológica.

11.5 CUIDADOS DOMICILIARES

Reforçar ao cuidador e ao paciente/usuário, quando este tiver condições, as ações específicas ao autocuidado a serem desenvolvidas.

São cuidados constantes no domicílio de responsabilidade dos cuidadores ou pacientes/usuários:

1.	Identificar as características normais do estoma e pele ao redor
2.	Manusear e trocar os dispositivos dos sistemas coletores
3.	Higienizar local do estoma e pele ao redor
4.	Posicionar o paciente adequadamente durante sua alimentação
5.	Sempre testar a temperatura da dieta antes de infundir
6.	Atentar para que o alimento seja injetado/gotejado lentamente
7.	Comunicar imediatamente a equipe se o equipamento sair e se houver anormalidades no local
8.	Higienizar a boca mesmo quando se alimenta pelos cateteres, e nos diferentes horários.

A equipe de SAÚDE deve NO DOMICÍLIO:

- Conhecer as necessidades da família
- Identificar cuidadores potenciais com nível cognitivo adequado e habilidade motora
- Respeitar as diferenças culturais e religiosas
- Manter diálogo em nível adequado, com orientações e explicações compreensíveis
- Deixar o cuidador e usuário seguros na execução das suas atribuições.

12. Aspiração endotraqueal

É uma técnica para a remoção de secreções respiratórias e manutenção da ventilação e oxigenação em usuários submetidos ou não à ventilação mecânica, apresentando dificuldade para expelir secreções voluntariamente.

Este procedimento envolve a inserção de um cateter de sucção dentro da traqueia e a aplicação de uma pressão negativa para remoção de secreções.

Responsável: Enfermeiro

1.	Realizar educação em serviço periodicamente ou, quando necessário.
2.	Delegar ao auxiliar ou técnico de enfermagem a realização da aspiração endotraqueal através de cânula traqueal, em usuários sob ventilação mecânica ou não, considerados estáveis.
3.	Prescrição da utilização de Soro Fisiológico a 0,9% para umidificar a via e fluidificar a secreção é privativo do enfermeiro

Execução do procedimento:

Materiais:

1.	Cateter de Aspiração de diâmetro adequado ou conforme a prescrição médica
2.	Luva estéril ou uma luva estéril e uma de procedimento
3.	Aspirador Portátil
4.	EPI (gorro, máscara, avental descartável e óculos de proteção)
5.	Borracha de aspiração conectora (1,80 m)
6.	Adaptador Y pequeno (se o cateter não tiver válvula de controle de aspiração)
7.	Compressas de gazes (para limpar o cateter se necessário)
8.	Cuba Rim ou Redonda
9.	Solução Fisiológica 0,9% ou água destilada estéril
10.	Seringa Descartável de 5 ml
11.	Oxímetro de Pulso
12.	Estetoscópio
13.	Cadarço (se necessário)
14.	Álcool 70%
15.	Frasco rígido de 250 ml com SF 0,9% ou água destilada

Descrição

1.	Preparar o material antes de sair para a visita domiciliar
2.	No domicílio higienizar o local onde será preparado o material com álcool a 70%
3.	Orientar o usuário e/ou cuidador sobre o procedimento
4.	Garantir a privacidade do usuário
5.	Posicionar o usuário de acordo com a orientação da enfermeira após a ausculta pulmonar
6.	Higienizar as mãos
7.	Monitorar a oximetria de pulso
8.	Posicionar-se ao lado do leito de forma que a mão não dominante fique mais próxima à fonte de vácuo;
9.	Colocar EPIs (gorro, óculos, máscara e avental descartável)
10.	Abrir o invólucro sem retirar o cateter totalmente (preservando a sua esterilidade) e conectá-lo à extensão ligada ao frasco coletor
11.	Encher a cuba Rim ou redonda com SF 0,9%
12.	Regular o vácuo do aspirador antes de iniciar o procedimento
13.	Hiperoxigenar o usuário antes do procedimento e reoxigenar antes de cada nova aspiração, de acordo com a orientação da enfermeira e se houver indicação médica
14.	Calçar luvas de procedimento na mão Não dominante e a luva estéril na mão dominante. Considerar contaminada a mão Não dominante. O papel da luva estéril deve ser colocado sobre o peito do usuário para deixar a sonda e a conexão Y do circuito protegida
15.	Segurar o cateter com a mão dominante e o látex com a mão Não dominante.
16.	Ligar o aspirador.
17.	Fechar o cateter de aspiração com o polegar da mão dominante;
18.	Introduzir o cateter de aspiração na cânula cerca de 5 cm (endotraqueal), ou até encontrar resistência (possivelmente a carina traqueal)
19.	Fechar a conexão Y com o polegar da mão dominante
20.	Aspire recuando o cateter com movimento rotatório
21.	Aspirar por no máximo 10 segundos e deixar o usuário descansar por 20 a 30 segundos antes de reiniciar nova aspiração. Hiperventilar e / ou se estiver com ventilação mecânica aumentar o Fio ² conforme orientação da enfermeira.

22.	Repetir o procedimento de aspiração quantas vezes necessário
23.	Se necessário, enxaguar o cateter no SF 0,9% ou água destilada em frasco rígido
24.	Aspirar a cavidade nasofaríngea após o término da aspiração traqueal
25.	Aspirar a cavidade orofaríngea após o término da aspiração orofaríngea
26.	Reavaliar a ausculta pulmonar, se o procedimento estiver sendo realizado pelo enfermeiro
27.	Lavar o cateter e a extensão de látex do frasco de aspiração
28.	Retirar a luva estéril envolvendo o cateter de aspiração antes de desprezá-lo
29.	Fechar o vácuo e retirar a luva de procedimento
30.	Calçar nova luva de procedimento se necessário trocar o cadarço de fixação da cânula, tomando cuidado para não garrotear o pescoço
31.	Retirar as luvas e reposicionar o usuário confortavelmente
32.	Higienizar as mãos
33.	Realizar anotação em prontuário (cor, odor, aspecto, quantidade da secreção).
34.	Encaminhar o material contaminado conforme orientação do Manual de biossegurança

IMPORTANTE - SEQUÊNCIA PARA ASPIRAÇÃO:
1º. Aspiração endotraqueal
2º. Aspiração nasofaríngea
3º. Aspiração orofaríngea
Sempre limpar a sonda com compressa de gazes estéril da parte proximal para distal sem contaminar

TERAPIA Nutricional
SEMPRE antes de iniciar a aspiração:
→ Interromper a dieta no mínimo 15 minutos antes
→ Lavar a sonda enteral

PRESENÇA DE SECREÇÃO ESPESSA, TAMPÃO E ROLHA (privativo do enfermeiro ou fisioterapeuta)
Instilar SF 0,9% e hiperventilar com ambú, provocando tosse, aspirar imediatamente e a cada vez hiperventilar.

^ APÊNDICES

APÊNDICE 1.

CÂMARAS ESPECÍFICAS PARA CONSERVAÇÃO DE VACINA

Enf Tereza Cristina Guimarães, COVISA

São equipamentos fabricados exclusivamente para o armazenamento de imunobiológicos, contam com programação de funcionamento dentro do padrão exigido pelo Programa Nacional de Imunização e uniformidade de distribuição da temperatura interna por ar forçado. Possuem também contraporta interna transparente para cada prateleira e alarme audiovisual para alertar a ocorrência de falta de energia elétrica ou alteração de temperatura. O painel eletrônico dispõe de programação para limitar a temperatura de trabalho, com "travas" para o sistema, e visor para leitura de temperatura máxima e mínima. Dar preferência aos modelos com isolamento térmico na porta (anexo 1).

É importante que os funcionários da Sala de Vacina conheçam todos os recursos do equipamento, leiam atentamente o manual de instrução e solicitem ao fabricante um treinamento para o uso correto do mesmo (o treinamento é solicitado no edital de compra destes equipamentos).

Cuidados gerais com o equipamento de refrigeração:

- Colocar o equipamento em ambiente climatizado, distante de fonte de calor e fora do alcance dos raios solares;
- Deixar o refrigerador perfeitamente nivelado sobre suporte com rodinhas para evitar corrosão da chapa em contato com o piso úmido e facilitar a movimentação e limpeza;
- Afastar o refrigerador da parede pelo menos 20 cm, de modo a permitir a livre circulação do ar do condensador;
- Usar tomada exclusiva instalada a 1,30m distante do piso (NBR 5410);
- Usar o equipamento somente para armazenar imunobiológicos;
- Colocar na frente das prateleiras os produtos com prazo de validade mais próximo do vencimento para que sejam os primeiros a serem utilizados;
- Registrar na ficha de controle diário de temperatura (anexo 2) as temperaturas de momento, máxima e mínima, do painel, no início, no meio e final da jornada de trabalho. Na última leitura do dia verificar também a temperatura ambiente da sala de vacina (ler o item "termômetro digital"), zerar o termômetro após cada leitura.

Cuidados específicos:

- Ajustar a temperatura de trabalho para +4°C, alarme de temperatura baixa em + 2°C e alarme de temperatura alta em +7°C e anotar no impresso de anotação das temperaturas para conhecimento de todos;
- Retirar no início do período do trabalho as vacinas que serão utilizadas no dia e transferi-las para a primeira prateleira ou gaveta, específicas para uso diário;
- As vacinas nestes equipamentos também devem ser armazenadas de forma que permitam a livre circulação do ar e afastadas das paredes;
- Manter um termômetro digital (anexo 4) com o sensor dentro de uma das caixas com vacina na parte central da segunda prateleira, esta recomendação tem a finalidade de obter informações das temperaturas em situação de emergência quando não se dispõem destas informações pelo painel do equipamento (ler o item "termômetro digital");
- Abrir novo mapa de controle de temperatura (anexo 2) e anotar as temperaturas de momento, máxima e mínima do "termômetro digital", pelo menos uma vez ao dia de preferência no final da jornada de trabalho e, aproveitar este momento, para registrar também a temperatura ambiente da sala de vacina. Zerar os dois visores do termômetro após a leitura;
- Manter sempre as bobinas de gelo reutilizáveis, que acompanham o equipamento, nas paredes laterais interna do equipamento; removê-las apenas para limpeza;
- Limpar a bandeja de gotejamento do degelo uma vez por semana ou sempre que necessário (atentar para perfeita colocação da mesma para evitar vazamento no interior do equipamento);
- Limpar todo o equipamento no mínimo uma vez ao mês (nunca na sexta-feira ou véspera de feriado ou final da jornada de trabalho); nesta ocasião os imunobiológicos deverão ser transferidos para outro refrigerador ou para uma caixa térmica com gelos reutilizáveis, mantendo a temperatura entre +2°C e +8°C.
- Reajustar o painel eletrônico quando ligar o equipamento e colocar as vacinas após estabilidade da temperatura interna.
- Observação: A câmara para conservação de vacinas é um equipamento de alto custo, investimento que merece certos cuidados.

Especiais para garantir o melhor desempenho possível do aparelho. Sugere-se que seja avaliada a rede elétrica das salas de vacinas e, se necessário, seja adquirido estabilizador de tensão nas localidades onde costumam ocorrer oscilações de energia ou retorno abruptos após as interrupções de energia.

- O estabilizador deve ter dispositivo de desarme e rearme automático e potência adequada a este aparelho.
- Quanto melhor as condições para o funcionamento do equipamento mais longo será o período de vida do aparelho. Climatizar a sala é importante, pois além de proteger o painel eletrônico, melhora o desempenho do equipamento e protege as vacinas de oscilações bruscas durante a manipulação.

GELADEIRAS DOMÉSTICAS

Apesar da facilidade de aquisição, manutenção e baixo custo, estes equipamentos não foram projetados para manutenção da temperatura na escala requerida, não apresentam distribuição térmica homogênea em todas as prateleiras, o termostato reage à temperatura do evaporador e não ao ar geral no compartimento interno e a temperatura média pode variar dramaticamente com a temperatura do ambiente externo, fatores que aumentam o risco de perdas e comprometem a confiabilidade do produto ofertado.

Além dos cuidados gerais citados no item "Câmara Específica para Conservação de Vacinas", a organização interna e outros cuidados especiais são imprescindíveis quando a geladeira doméstica é utilizada na conservação de vacina (anexo 3).

Organização do refrigerador:

- Retirar o vidro ou tampa da caixa de verdura e remover todos os suportes que existam na parte interna da porta;
- Manter porta e gaveta coletora do congelador e a CAIXA DE VERDURA. (A RECOMENDAÇÃO DE MANTER A CAIXA DE VERDURA TEM A FINALIDADE DE DIMINUIR A PERDA DE AR FRIO AO ABRIR A PORTA DO EQUIPAMENTO);
- Arrumar os imunobiológicos, na embalagem original ou em bandejas plásticas perfuradas (ex: porta-talher) de forma a manter uma distância entre elas e também das paredes interna do equipamento visando a livre circulação do ar;

• Organizar os imunobiológicos da seguinte forma:

1ª prateleira – as vacinas que podem ser congeladas, conforme recomendação do laboratório produtor (ex.: pólio, tríplice viral, dupla viral, febre amarela, varicela, etc);

2ª prateleira – as vacinas que não podem ser congeladas, conforme recomendação do laboratório produtor (ex: rotavírus, tetra, DTP, dupla adulto, hepatite B, influenza, pneumo23 entre outros);

3ª prateleira – os diluentes, soros e imunoglobulinas;

- Colocar o termômetro digital (anexo 4) com o sensor dentro de uma das caixas com vacina na parte central da segunda prateleira;
- Retirar no início do período de trabalho as vacinas que serão utilizadas no dia e transferi-las para um equipamento de uso diário ou caixa térmica com gelo reutilizável e termômetro.
- Preferencialmente abrir apenas duas vezes este equipamento, no início e final da jornada de trabalho, caso haja necessidade de retirar ou colocar vacinas no equipamento após a abertura inicial, o botão que "anula" (reset) o termômetro deverá ser pressionado alguns segundos após esta abertura (não proceder a leitura neste momento);
- Manter sempre bobinas de gelo reutilizáveis no congelador (melhora a estabilidade e mantém por mais tempo a temperatura interna do refrigerador, no caso de interrupção da energia elétrica), removê-las apenas para limpeza;
- Deixar um centímetro de espaços entre as bobinas de gelo para permitir a expansão das embalagens e a circulação do ar frio, organizá-las de forma que o maior número possível tenha contato direto com a superfície do congelador (será necessário um período de aproximadamente 24 horas para que esteja completamente congelada);
- Manter sempre garrafas tampadas com água na gaveta de legumes, distante aproximadamente um cm entre si, removê-las apenas para limpeza. Esta recomendação visa melhorar a estabilidade da temperatura interna destes equipamentos. Não substituir as garrafas por bobinas de gelo, além do volume líquido das bobinas serem insuficiente é quase impossível empilhá-las mantendo espaço para circulação do ar frio;
- A limpeza do equipamento deverá ser feita a cada 15 dias, ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm (nunca na sexta-feira ou véspera de feriado ou final da jornada de trabalho). Nesta ocasião os imunobiológicos deverão ser transferidos para outro refrigerador ou para uma caixa térmica com gelos reutilizáveis, mantendo a temperatura entre +2°C e +8°C. Após efetuar a limpeza, recolocar os gelos reutilizáveis e as garrafas e aguardar a temperatura estabilizar no padrão de +2°C a +8°C antes de recolocar as vacinas.
- Observação: Refrigeradores domésticos, fabricados a partir de 1996, tem estabilidade menor e maior risco de sofrer alterações de temperatura. Sugere-se precaução e restrição quanto ao uso destes equipamentos na conservação de vacina.
- Refrigerador "Duplex" e "frigobar" são completamente contra indicados para estocar vacinas devido à falta de segurança e constantes oscilações de temperatura.

APÊNDICE 2. ORIENTAÇÃO PARA CONSTRUÇÕES E REFORMAS DE SALAS DE CURATIVOS

Grupo técnico

Grupo de Desenvolvimento da Rede Física – GDRF- SMS

Engenheiro Geraldo de Andrade Ribeiro Jr

Arquiteto Luiz Mititeru Haianon

Arquiteta Maira Monteiro Eugênio

Departamento de Edificações - EDIF/ SIURB –

Secretaria de Infraestrutura Urbana e Obras

Arquiteto Jorge Moryoshi Miyazato

Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA

Enfermeira Vera Regina de Paiva Costa – (CCD)

Dentista Fátima Portella Ribas Martins – Subgerência de Serviços de Saúde

Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – CPTF- SMS

Enfermeira Maria Cristina Manzano Pimentel

Enfermeira Ana Maria Amato Bergo

Atenção Básica

Enfermeira Rosiley Maria Gonçalves Talala

Introdução

As unidades de saúde de SMS são compostas de edificações de diferentes tipos e de diversas origens (construções próprias, municipalizadas e edificadas por terceiros), construídas em diferentes épocas, com normas técnicas então vigentes, próprias de seu tempo e de cada órgão edificador.

Objetivo

Definir a localização, as dimensões físicas e as características da sala de curativos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios de Especialidades (AE) e Assistência Médica Ambulatoriais (AMAs) e seus equipamentos, visando as futuras edificações e/ou reformas e adaptações nas salas ora existentes, de modo a adequá-las às normas técnicas vigentes e reduzir a incidência de infecções em serviços de saúde.

1- Características Técnicas

Não há necessidade de duas salas diferenciadas para curativos limpos e para curativos infectados.

2- Lay-out

O *lay-out* desenvolvido para essa sala atende as condições de ergonomia e de acessibilidade de Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais (PPNE).

Os itens adotados constam da tabela EDIF.

3-Localização:

No piso térreo, próximo à entrada da unidade ou em área de fácil acesso.

4-Dimensões ideais:

→ **Área física:** mínimo de 9m², sendo uma de suas dimensões mínima de 2,50 m, com acessibilidade de PPNE prevista;

→ **Pé-direito:** 2,80m. (no mínimo)

→ **Ventilação:** cruzada, se possível.

5-Piso: deverá ser usado revestimento vinílico em manta, reduzindo-se ao máximo as juntas. Essas deverão ser soldadas a quente com cordão de solda, protegendo o piso da infiltração de umidade.

→ **Cor:** clara (conforme padronização de SMS)

→ **Rodapé:** embutido na parede do mesmo material do piso, em 90° piso e parede.

→ **Rodapé externo e interno** do armário no mesmo material do piso;

→ **Soleira da porta:** em granito polido ou do mesmo piso do corredor de acesso.

6-Paredes: revestidas de material lavável (pintura em epóxi ou tinta esmalte).

→ **Cor:** clara, conforme padronização de SMS (não pode ser em azulejos ou outro revestimento que apresente rejuntas porosas).

Obs.: nas salas existentes, caso revestidas com azulejos, estes devem ser recobertos com massa base epóxi e após, cobertos por pintura tipo esmalte, caso não seja viável a sua demolição.

7-Teto/Forro: liso de material lavável, revestido com massa corrida acrílica onde necessário, sem juntas ou reentrâncias. Ser contínuo sendo proibido o uso de forros removíveis.

→ **Pintura:** lavável;

→ **Cor:** branca.

Obs.: em casos de reforma as tintas elaboradas à base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas podem ser utilizadas (paredes e tetos), desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel.

8-EsqSADrias

Janela: tipo basculante; área de acordo com o código de obras (mínimo 1/6 da área do piso); com tela tipo mosquito adaptada a cada tipo de janela (sendo removível e fixada com cadeados) e grade de segurança. Deve apresentar peitoril mínimo a 1,60 m de altura; para proteção contra o sol e redução do acúmulo de poeira, o uso de películas protetoras nos vidros ou *brises soleils* de fachada é o mais recomendado.

Porta: pintada com tinta esmalte.

Dimensões:

→ Largura: mínimo 0,82 cm;

→ Altura: 2,10 m

9-Instalação elétrica:

Devem ser projetadas, executadas, testadas e mantidas em conformidade com as normas ABNT NBR 5410 – Instalações elétricas de baixa tensão e NBR 13.534 –

Instalações elétricas em estabelecimentos assistenciais de saúde – Requisitos de segurança. Recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes e luminárias dotadas de refletores para melhor distribuição da luz e possuam dispositivos anti-ofuscamento, Observando-se o disposto na norma ABNT NBR 5413 – Iluminância de interiores.

Os circuitos elétricos de iluminação e de alimentação dos pontos de força, bem como seus respectivos dispositivos de proteção e seccionamento, devem ser distintos e dimensionados conforme sua capacidade de condução de corrente elétrica. Devem ser instalados vários pontos de força, distribuídos ao longo da bancada, em quantidade suficiente para a alimentação elétrica dos diversos equipamentos, não sendo admitida à utilização de um mesmo ponto para alimentação de mais de um equipamento.

- **Eletrodutos:** embutidos
- **Luminária:** de embutir com tampa para forro de gesso ou de sobrepor com tampa.
- **Tomadas elétricas:** no mínimo 05, sendo duas localizadas na bancada (110 v).
- **Nível de iluminação:** 1000 lux
- **Iluminação de emergência:** uma luminária autônoma, de acordo com as Normas Técnicas da ABNT.
- **Ducha higiênica elétrica sobre o tanque.**

10-Instalação hidráulica:

em conformidade com a norma ABNT NBR 5626 -Instalação predial de água fria.

- **Tubulações:** sempre embutidas com tubulação para esgoto.
- **Não será permitido** ralo sifonado no piso desta sala.
- **Torneira:** de parede com alavanca de acionamento com cotovelo, com corpo longo.
- **Lavatório para as mãos:** uma peça com torneira ativada por alavanca.
- **Dimensões aproximadas:**
 - comprimento = 0,36 m (interna)
 - largura = 0,23 m (interna)
 - altura da torneira = conforme planta anexa

11-Bancada:

- **Tampo:** em inox com as seguintes dimensões:
 - comprimento = 1,65 m
 - largura = 0,60 m
 - frontão = 0,20 m de altura
- **Cuba:** de aço inox, profunda, específica para este fim de preferência a torneira com jato direcionável.
- A projeção da cuba deve ser aberta, não podendo ter prateleiras e portas.
- Dimensões aproximadas: comprimento = 0,50 m; largura = 0,40 m; profundidade = 0,25 m.
- **Armário (exceto embaixo da cuba):** tampo de inox com prateleira lavável em ardósia ou granito, portas de abrir com revestimento em ambas as faces com laminado melamínico branco texturizado.
- **Porta toalha de papel:** no padrão utilizado por SMS; não usar peças embutidas.
- **Porta sabão líquido:** obtido por aspersão, sem o toque de mãos no orifício de saída do sabão.

12-Lava pés: tanque de louça, tamanho grande, na medida do projeto anexo, (medidas estas aproximadas em função dos tanques comerciais existentes); excepcionalmente pode ser de tamanho médio, em função do *lay-out* adotado; as paredes contíguas ao tanque devem ser em granito, embutido na alvenaria.

O tanque deve ser colocado elevado do piso, na altura de 50cm, a mesma da mureta adjacente com altura de 80cm; sobre o tanque haverá ducha higiênica elétrica ou similar, com mangueira em plástico liso (não metálica), devidamente aterrado, conforme desenho anexo.

O registro de abertura da ducha deverá estar localizado a cerca de 1,10 m do piso, com presilha de apoio para a mangueira, de modo que a mesma não entre em contato com a cuba.

A fixação da ducha deve estar locada fora da projeção vertical do tanque, conforme desenho.

Obs.:1: Os lava-pés existentes em metal devem ser analisados, de modo a se instalar o aterramento do chuveiro/ducha de água quente, para prevenção de acidentes.

Obs.:2: MURETA (entre a maca e o tanque) deverá ter 80cm de altura..



13-Mobiliário:

- Um divã para realização de exame clínico;
- Uma mesa tipo escrivaninha (com revestimento de material lavável);
- Três cadeiras tipo hospitalar;
- Um carro para curativo em aço inoxidável;
- Uma lixeira com tampa acionada por pedal;
- Um mocho;
- Um refletor parabólico, com haste flexível e cúpula (110 v);
- Uma escada de dois degraus;
- Papeleira no padrão usado por SMS; não usar peças embutidas.
- Saboneteira para sabão líquido: obtido por aspersão, sem o toque de mãos no botão de acionamento ou orifício de saída.

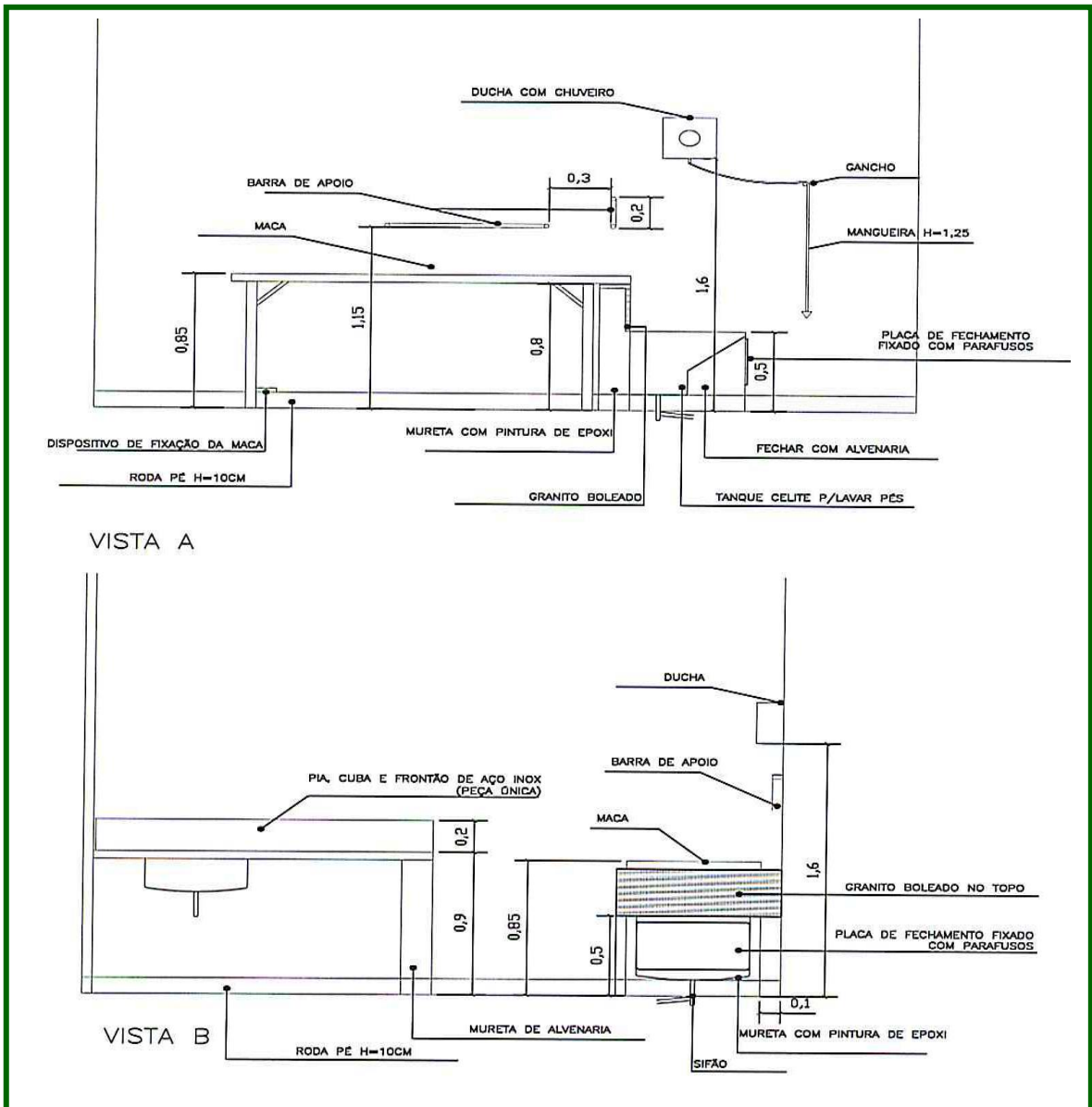


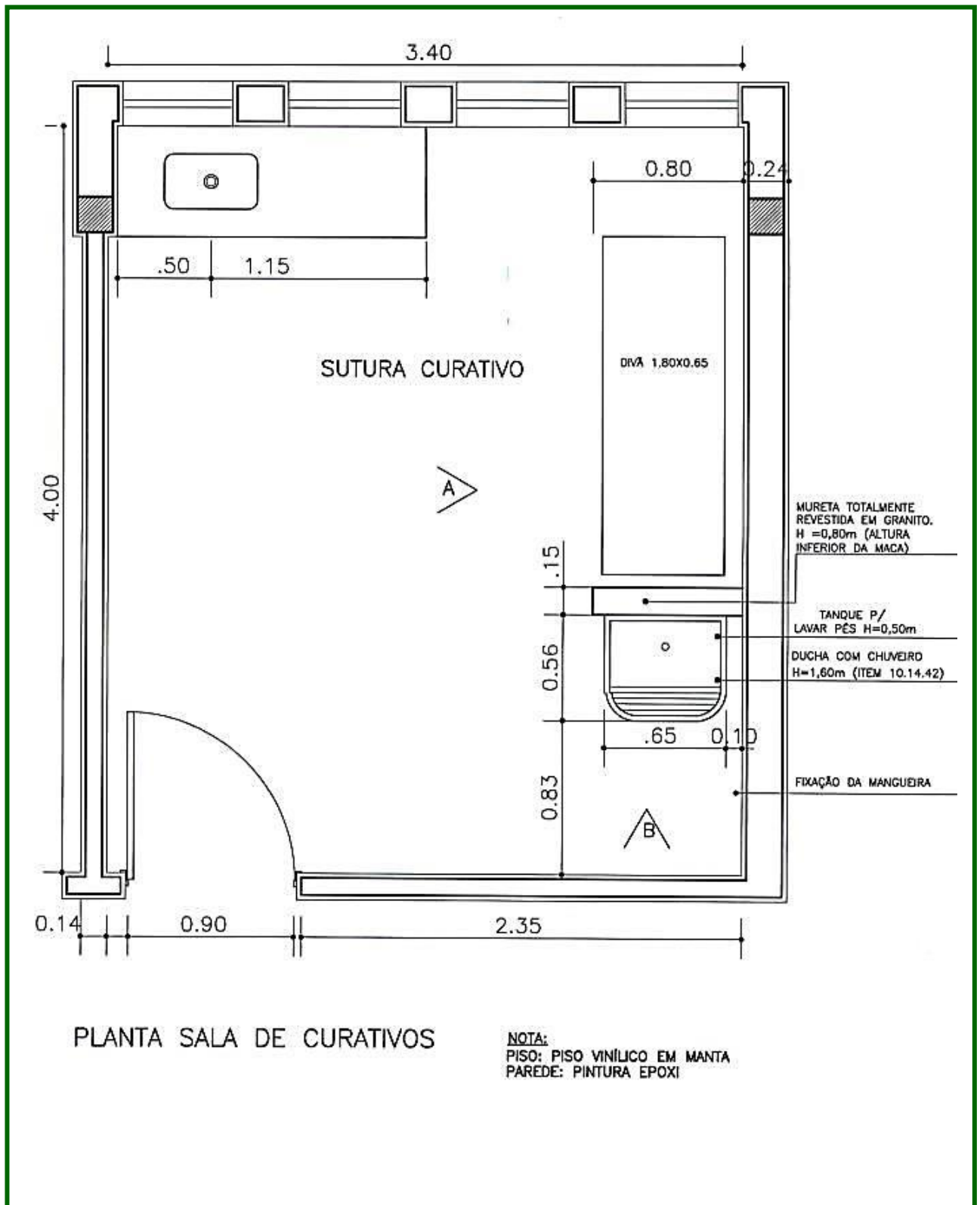
14-Limpeza:

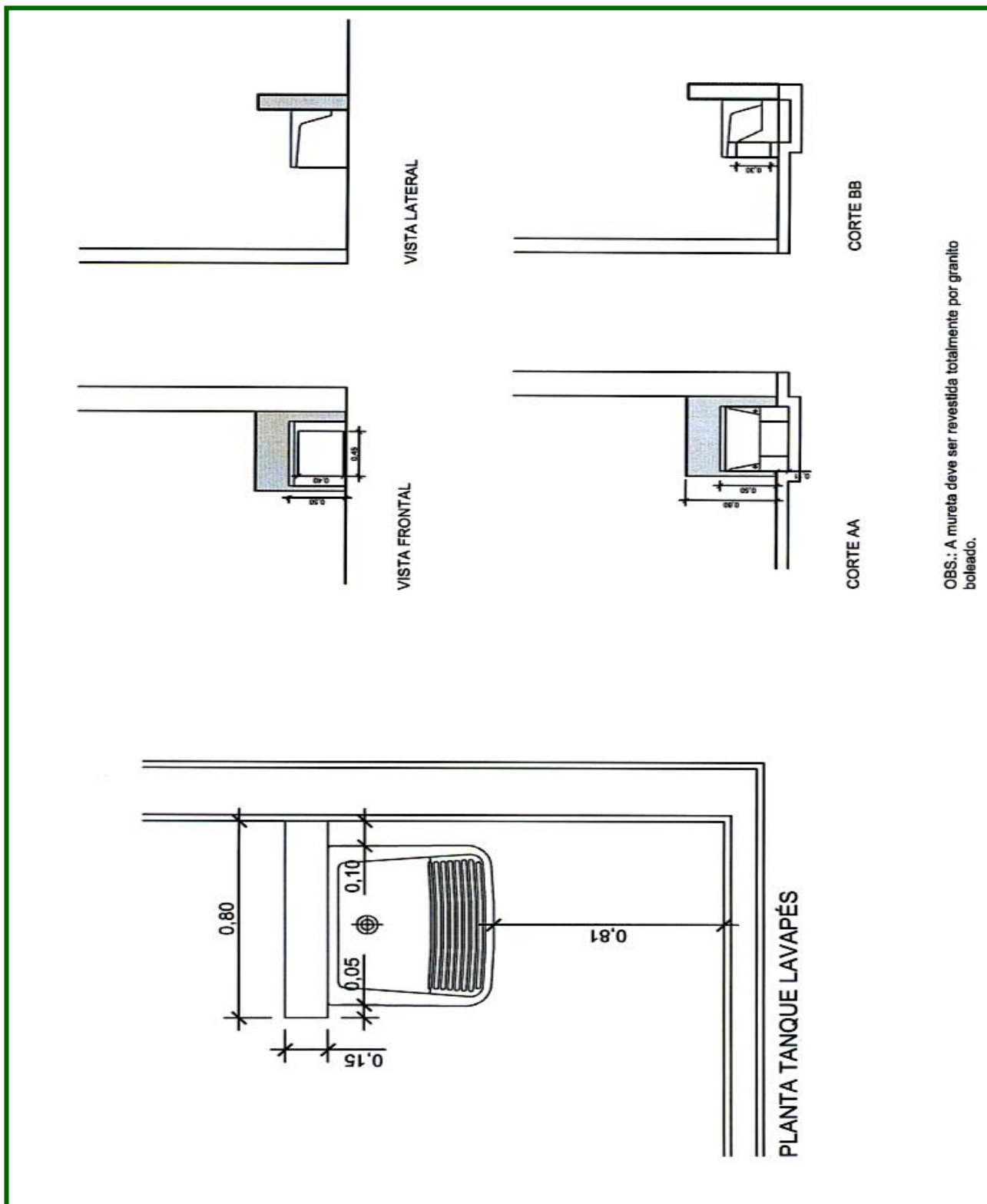
Deverá ser efetuada de acordo com rotina estabelecida.

Obs.:: excepcionalmente, em casos de reformas e adaptações, caso não seja possível se atender a algum dos requisitos acima, deverá ser consultado o Grupo de Desenvolvimento da Rede Física de SMS – GDRF/SMS para estudo de alternativa técnica.

Desenho padrão







REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Resolução RDC n° 50 de 21/02/2002 - ANVISA
 RDC n° 307 de 14/11/02. - ANVISA
 Código de Obras do Município de São Paulo
 RE n° 09 de 16/01/2003 - Padrões referenciais de qualidade de ar interior em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo.
 Portaria n° 485 de 11/11/2005 - Aprova a norma regulamentadora (NR 32 - Segurança e Saúde no trabalho em estabelecimento de saúde).
 ABNT- NBR 9050/94 , Lei Municipal n° 11.345 / 93
 ABNT NBR n° 5413.

ANEXOS

ANEXO 1

1. Legislação consulta de enfermagem SMS-SP

PORTARIA Nº 915/2015-SMS.G

O Secretário Municipal da Saúde no uso de suas atribuições legais, e:

Considerando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Considerando a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde e dá outras providências;

Considerando a Resolução COFEN nº. 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõem sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde;

Considerando a importância de instrumentalizar as(os) Enfermeiras(os) e equipes de enfermagem que atuam na atenção básica para que as mesmas prestem assistência conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de um documento norteador para atuação das(os) enfermeiras(os) na realização da sistematização da assistência de enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer os Manuais de Enfermagem/2015, contendo Protocolos de Enfermagem, como documentos de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nos serviços que compõem a Atenção Básica do Município de São Paulo;

Art. 2º -

I - Os Manuais, contendo protocolos de Enfermagem – SMS, 2015, são apresentados em sete volumes:

- 1) Atenção à Saúde da Criança e Adolescente;
- 2) Atenção à Saúde da Mulher;
- 3) Atenção à Saúde do Adulto;
- 4) Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;
- 5) Normas e Rotinas de Enfermagem;
- 6) Risco Biológico – Biossegurança na Saúde;
- 7) Técnico/Auxiliar de Enfermagem

II – Os Manuais de Enfermagem estão de acordo com a Legislação vigente para o Exercício Profissional, alinhado com as diretrizes técnicas e referências das Áreas Técnicas e Programas Prioritários da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Programas do Ministério da Saúde.

III - O conteúdo destes Manuais deverá ser divulgado no sítio eletrônico da Prefeitura da Cidade de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições da Portaria SMS nº 1004, de 31 de janeiro de 2003.

1.1

Diário Oficial da Cidade de São Paulo

Nº 183 – DOM de 27/09/06

SAÚDE

PORTARIA 1535/06-SMS.

A REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Milani Melo (Org.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1997.

APECIH – Associação Paulista de Estudos de Controle de Infecção Hospitalar. **Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde**. 1.ed. São Paulo: APECIH; 2010.

ARCHER E. et AL; **Procedimentos e Protocolos**; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DA FAMÍLIA. **Manual de planejamento familiar para médicos**. Lisboa, 1988.

BELO HORIZONTE. **Cuidado integral nos ciclos de vida**. Belo Horizonte: Prefeitura BH, 2006. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidadointegralnosciclosdevida.pdf>>. Acesso em: 13/09/2011

BLUMENFELD, T. A.; HERTELENDY, W. G.; FORD, S. H. Simultaneously obtained skin puncture serum, skin puncture plasma and venous serum compared and effects of warming the skin before puncture. **Clinical Chemistry**, v.23, n.9, p.1705-1710, 1977.

BOURGET, Monique M. M. **Programa Saúde da Família**: manual para o curso introdutório. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988. 180 p.

BRASIL (DF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual técnico de rotinas de enfermagem para unidades básicas de saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00004654.pdf>>. Acesso em: 09/08/2011

BRASIL. Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do usuário em serviços de saúde**: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes erais para o trabalho em contenção com material biológico**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/reblas/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 12/11/2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fluxograma de tratamento de ferida pela enfermagem**. Comissão de curativos do Hospital Geral de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Terapia subcutânea no câncer avançado**. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde**. 2.ed. Brasília, DF: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Rotinas da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso**. [citado 2006 Feb 04] Disponível em URL: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1.Asp>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações gerais para central de esterilização**. Brasília, DF: MS, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.

Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz: 09/07/2013. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20HIGIENE%20DAS%20M%C3%83OS.pdf> [acesso em 15/08/2014].

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. 1ª. Edição. Brasília: Anvisa, 2009. 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em:
<http://www.riscobiologico.org/recursos/4888.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Cadernos Recursos Humanos Saúde**, v.1, n.1, p.141-183, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.:il. - (Série J. **Cadernos de Reabilitação em Hanseníase**; n. 2).

BRASIL. **PORTARIA Nº 3214. NR 15**, Norma Regulamentadora - Dispõe sobre Atividades e Operações Insalubres - Segurança no Trabalho. Diário Oficial da União, 08/06/78.

BRASIL. **PORTARIA N.º 167, NR 32**, Norma Regulamentadora – Dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimento de assistência à saúde. Diário Oficial da União, 31/05/2006.

BRASIL. **PORTARIA MS/GM Nº 2.488**, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Nº 204, 24/10/2011.

BRASIL. **PORTARIA MS/GM Nº 400**, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União nº 220, de 18 de novembro de 2009, seção 1, págs. 41 e 42.

BRASIL. RDC nº 50, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre regulamento técnico, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **ANVISA**, 21/02/02.

BRASIL. RDC nº 306, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **ANVISA**, 07/12/2004.

BRASIL. RDC nº 307, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre regulamento técnico, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **ANVISA**, 14/11/02.

BRASIL. RDC nº 15, de 15 de Março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **ANVISA**. Disponível em:
www.anvisa.gov.br >acesso 08/08/2014.

BRASIL. RDC nº 55, de 14 de novembro de 2012. Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **ANVISA**. Disponível em: www.anvisa.gov.br >acesso em 08/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **ANVISA**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Sistema Penitenciário**. Disponível em >
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24517 > Acesso em: 09/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Divisão de Comunicação Social. **Cuidados com a sua estomia**. INCA – Rio de Janeiro, 2010. Disponível em >
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf > acesso junho de 2014.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **The Lippincott manual of nursing practice**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 2v.

CARMAGNANI M.I.S. **Procedimentos de Enfermagem - guia prático**. 1.ed Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

CECCIM, R.B. **Educação permanente: desafio ambicioso e necessário**. Interface-Comunic, Saúde e Educ. v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. U.S. Department of Health and Human Services. **Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force**. Atlanta: CDC, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>>. Acesso em: 12/03/2011

CESARETTI IUR, Paula MAB, Paula PR. **Estomaterapia: temas básicos em estomas**. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.

CERVO, A. M. S. **Procedimentos Técnicos de Enfermagem**. Editora ufsm, Rio Grande do Sul, 2006.

COREN. Lavagem Intestinal. **Parecer Técnico CAT 032**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010.

COSTA, A. A. **Manual de diabetes: Educação, alimentação, medicamentos, atividade física**. 4ª edição. São Paulo: SARVIER, 2004.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. **Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde: projetos relacionados com os processos de reforma setorial**. Washington: OPS/OMS, 2002. (Série Obs.:ervatório de Recursos Humanos em Saúde).

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe, 1995.

ENGSTROM E.M. (org.) SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. 2ªed. Rio de Janeiro: YFIOCRUZ, 2002. SISVAN, 2004.

ELLIS, Janice Rider; HARLEY, Célia Love. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

FERNANDES, Luís Roberto Araújo. **Sondagens**. 2005. Disponível em:
<http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2005/1ano/Procedimentos_basicos_em_medicina/sondagens.html>. Acesso em: 10/04/2013

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERRAZ, F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, Wiliam Cesar (Coord.). **Tratado prático de enfermagem**. 2.ed. São Caetano do Sul, SP : Yendis, 2010. 2v.

FORTES, Margarete Rose Sampaio. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. 2.ed. São Paulo: Everest, 2002.

GLANER, Maria Fátima; LIMA, William Alves. Validade concorrente de um monitor portátil de glicemia capilar em relação ao método de espectrofotometria enzimática. Rev. Brasileira de **Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.8, n.3, p.30-35, 2006.

GROSSI, Sonia A. A.; PASCALI, Paula M. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

HADDAD, J. et al. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v.24, n.2, p.136-204, abr./jun. 1990.

ICN - International Council of Nurses. **Notas sobre enfermagem**: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. AMH: accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1992. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/1133>>. Acesso em: 10/01/2013.

JORGE, Sílvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Pérez Evangelista. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.

LOBO, R. D. ET AL. Manual Prático de Procedimentos: Assistência Segura para o paciente e para o profissional de saúde. HCFMUSP, 1ª ed. São Paulo, 2009. <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/comissao/desin/m-pdf/m-procedimentoshc.pdf>. consultado em 07 de maio de 2014.

MERHY E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R, organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 113 – 150.

MEITES, S. Skin puncture and blood collecting technique for infants: update and problems. **Clinical Chemistry**, v.34, n.9, p.1890-1894, 1988.

MINICICCI ET AL, **Revista de Nutrição**. Campinas, 2005.

MIRA, Giane Sprada; CANDIDO, Lys Mary Bileski; YALE, Jean François. Performance de glicosímetro utilizado no utomonitoramento glicêmico de portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.50, n.3, p.541-549, 2006.

MORIYA G.A; SOUZA R.Q; PINTO F.M; GRAZIANO K.U. **Periodic sterility assessment of materials stored for up to 6 months at continuous microbial contamination risk: laboratory study**. Am J Infect Control. 2012 Dec;40(10):1013-5. doi: 10.1016/j.ajic.2012.01.020. Epub 2012 May 25.

NEVES, Claudia. A. B.; ROLLO, Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto82.pdf>>. Acesso em: 14/10/2010.

OPS – Organização Panamericana de La Salud. **Guias ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2**. Washington, D.C.: OPS, 2008.

OPS – Organização Panamericana de Saúde; OMS- Organização Mundial de Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PADOVESE, M. C.; DEL MONTE, M. C. C. (Coord.). **Esterilização de artigos em unidades de saúde**. 2. ed. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2003.

PEREIRA, Luciane Lúcio; CHANES, Marcelo; GALVÃO, Claudia Raffa. **Gestão em saúde**: tendências, inovações e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

PERU. **Modulo de educacion permanente en salud**. 2.ed, Lima: Ministerio de Salud; Escuela Nacional de Salud Publica, 1993.

- PERRY, A. G., POTTER, P. A. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. 7ª edição.. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- PERTELINI S, Chaud N. Órfão de terapia medicamentosa: administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.11, jan. 2003.
- PHILIPPI, S. T.; CRUZ, A. T. R.; COLUCCI, A. C. A. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, p. 5 – 19, jan., 2003.
- PRADO, M. L., GELBCKE, F.L. **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- REINER, C. B.; MEITES, S.; HAYES JR. Optimal sites and depths for specimens by skin puncture of infants and children as assessed from anatomical measurements. **Clinical Chemistry**, v.36, n.3, p.547-549, 1990.
- RODRIGUES, M. Z. Educação continuada em enfermagem de saúde pública. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.18, n.2, p.129-140, ago. 1984.
- ROCHA, P. K.; Prado, M. L. do; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.61 no.1 Brasília Jan./Fev., 2008.
- RUTALA, W. A. **Disinfection, sterilization and antisepsis in health care**. APIC, Washington, 1998.
- SANTANA, J. P. (Org). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPS, 2000. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 23/09/2008.
- SANTOS, V.L.C.G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000, cap. 21, p.265– 305.
- SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R.. **Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostomizado**. Editora ATHENEU, 2000.
- SANTOS, C.; FIGUEIRA, R.. **Guia do Urostomizado**. Coimbra – Portugal, 2008.
- SANTOS JS; KEMP R; SANKARANKU TTY AK; SALGADO Jr W; TIRAPELLI LF;, CASTRO E SILVA Jr O. **Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações** - Medicina (Ribeirão Preto); 44(1):39-50, 2011.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Coleta de exames laboratoriais**. São Paulo: SMS, 2005.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR). Centro de Documentação. **Manual de Orientação**: elaboração de manuais, cadernos, guias, protocolos e demais documentos técnicos norteadores dos serviços e procedimentos de trabalho. São Paulo: CEFOR, 2005.
- SILVA, M. J. P. et al. **Educação continuada**: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.
- SOARES, A.C. **Formas Farmacêuticas**. Disponível em: <www.webartigos.com/articles/33607/1/Formas-Farmacêuticas/pagina1.html#ixzz1JWGcu7m3>. Acesso em 14/04/2012.
- SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.
- SOUZA, A. M. de A. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: OPS, 1991.
- TAVARES, L. M. E.; ALVEZ, M. F. T.; EIRAS, M. V. G. ; LENZ, N.; CÁCERES, R. A. M.;GARCIA,S. R. N. **Terapia Intravenosa: Utilizando cateter Central de Inserção Periférica**. 1ª ed. São Paulo: Iátria, 2009.
- TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.1592 p.

TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupos de pessoas hipertensas. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1, n.2, p.19-24, jul./dez., 1996.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TURNER, T.D. The development of wound management products. **In: KRASNER, D. & KANE, D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals**. 2.ed. Wayne, Health Management Publications, 1997. p.124-38.

WANDERLEY, Marcia Turolla; NOSÉ, Carla Cristina; CORRÊA, Maria Salete Nahás P. **Educação e motivação na promoção da saúde bucal**. In: CORRÊA, Maria Salete Nahás P. Odontopediatria na primeira infância. 2ª ed. São Paulo: Santos, 1999. Cap.28. p.389-402.

WINTER, G.D. **Formation of scab and rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of domestic pig**. Nature, 193: 293-4, 1962.

*"Não basta saber,
é preciso também aplicar,
não basta querer,
é preciso também fazer".*

Goethe