CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) – MULTIPROFISSIONAL DO MELHOR EM CASA

Agosto/2020

Departamento de Atenção Básica
Programa Melhor em Casa

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

MANUAL de PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) – MULTIPROFISSIONAL do MELHOR em CASA

SÃO PAULO
2020
1ª Edição – Vol. 1

PREFEITO
Bruno Covas

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
Edson Aparecido dos Santos

CHEFE DE GABINETE
Armando Luis Palmieri

SECRETÁRIA-ADJUNTA
Edjane Maria Torreão Brito

COORDENADORA DA ATENÇÃO À SAÚDE
Ivanilda Argenau Marques

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
Maria Cristina Honório dos Santos

COORDENADOR DO PROGRAMA MELHOR EM CASA
Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque

COORDENAÇÃO GERAL DA ELABORAÇÃO
SORAIA RIZZO

GRUPO DE TRABALHO

EDMIR PERALTA ROLLEMBERG ALBUQUERQUE	SMS
SORAIA RIZZO	SMS
ADRIANO KIMIO SATO	STS GUAIANASES
ALESSANDRA MORAIS DA SILVA	EMAD REUNIDAS I
	EMAD REUNIDAS I
	EMAD PRESTES MAIA
AMELIA ROBERTA RODRIGUES FIDALGO	STS CIDADE TIRADENTES
ANA CLAUDIA	EMAD STOROPOLLI
ANA PAULA MANSANO	EMAD STOROPOLLI
ANDREA FOLHE	COORD APS STA MARCELINA ITAQUERA
ANGÉLICA BONALDI	EMAD VILA DAS MERCÊS
BRUNA PASCARELLI	UBS TOLEDO PIZA
BRUNO BENATTI	UBS TOLEDO PIZA
CINTYA X A BELAUNDE	APS SANTA MARCELINA
CIBELLE GOMES LIMA MELO	EMAD CARRÃO
DEBORA DOS REIS CATUNDA	EMAD REUNIDAS I e
	EMAD TEOTÔNIO VILELA
EDER DIAS SOUZA	EMAD CID ADEMAR
ELAINE GUIMARÃES SOUZA ALVES	EMAD REUNIDAS I
	EMAD REUNIDAS I
	EMAD PRESTES MAIA
ELIANA APARECIDA GONÇALVES	GESTORA SPDM
ELIANE GATTERMAIER	EMAD STOROPOLLI
ELIETE CRISTINA BERGAMO ALVES	STS ERMELINO MATARAZZO
ELIZABETH AKEMI NISHIO	GESTORA CORPORATIVA DE ENF SPDM
ELLEN MACHADO COELHO	EMAD PATRIARCA
FÁTIMA FÉLIX	EMAD STOROPOLLI
FERNANDA DE CARVALHO AFFONSO	EMAD HSLG
GISLENE MOREIRA	EMAD TOLEDO PIZA
MARIA JOSEANE S. DO NASCIMENTO	EMAD STOROPOLLI
KARINA MAURO DIB	CRS SUDESTE
LAILA BARRETO	EMAD - CAPELA DO SOCORRO
LUANA DA PAZ BONFIM	EMAD SANTA CECILIA
LUANA URQUIZA M. MONFARDINI	EMAD CARRÃO
MAIRA LUISA LUNA PIRES	EMAD TOLEDO PIZA
MARCELA TIUZZI	EMAD GRANADA
MONALISA PADILHA	EMAD TOLEDO PIZA
NATHÁLIA	EMAD STOROPOLLI
OZELHA OLIVEIRA	EMAD JD. JAPÃO
PATRICIA LUNA	CRS SUDESTE
PAULA ROSSI	EMAD STOROPOLLI
PRISCILA DE LIMA SILVA	EMAD TOLEDO PIZA
RITA BELMIRO	EMAD JD. JAPÃO

SILVANA REIS VICENTIN	DSVMVG
SELMA ALVES	UBS TOLEDO PIZA
THALITA SOARES	EMAD STOROPOLLI
VANIA QUEIROZ SOUZA	EMAD STA CECÍLIA
VASTI PORTELA VIEIRA	EMAD EMAP JAE

AS EQUIPES:

EMAD REUNIDAS I
EMAD PRESTES MAIA
EMAD CARRÃO
EMAD TEOTONIO
SAD SÃO MATEUS
EMAD PATRIARCA
EMAD CARRÃO
EMAD PRESTES MAIA
EMAD CECI
EMAD GRANADA
EMAD MARINGA

AS INTERLOCUÇÕES:

CRS CENTRO
CRS OESTE
CRS SUL
CRS LESTE
CRS SUDESTE
CRS NORTE

AS ÁREAS TÉCNICAS AFINS REVISORAS

JENIFFER CAROLINE DE MELO TURI CANCHERINI	ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
FELIPE TADEU CARVALHO SANTOS	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA
ALESSANDRA MORENO PALMA	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA

AGRADECIMENTO ESPECIAL PELA COLABORAÇÃO DURANTE A PRIMEIRA FASE

ANA MARIA MONTE VERDE

SUMÁRIO

Ficha técnica 003
Grupo de Trabalho 004
Sumário 006
Apresentação 008
Introdução 009
POP 001 Higienização das mãos 010
POP 002 Higienização das mãos com álcool gel 012
POP 003 Higienização Pessoal Profissional 014
POP 004 Inclusão de pacientes 015
POP 005 Precauções padrão e uso de EPI's 016
POP 006 Controle sinais vitais 018
POP 007 Glicemia Capilar 022
POP 008 Banho – Higiene Corporal..... 023
POP 009 Troca de Fralda..... 026
POP 010 Mudança de Decúbito..... 028
POP 011 Posicionamento na Cama..... 030
POP 012 Cuidados para o preparo e administração de medicamento 032
POP 013 Permeabilização de acesso venoso periférico 034
POP 014 Administração de Medicamento via Retal 036
POP 015 Administração de Medicamento via Oftálmica 038
POP 016 Administração de Medicamento via Intradérmica 040
POP 017 Administração de Medicamentos via Oral 042
POP 018 Administração de Medicamento via Sublingual 044
POP 019 Terapia Subcutânea no Domicílio – Hipodermóclise 046
POP 020 Administração de Medicamento Via Intravenosa 054
POP 021 Administração de Medicamento Via Inalatória 056
POP 022 Solicitação de Medicamento de Alto Custo 058
POP 023 PICC - Cateter Central de Inserção Periférica 059
POP 024 Cateterismo Nasoenteral 063
POP 025 Terapia Nutricional Enteral (TNE) 066
POP 026 Troca da Gastrostomia e Cuidados 068
POP 027 Enema e Enteroclisma 071
POP 028 Cuidados com pacientes com Estomas Intestinais 073
POP 029 Avaliação Nutricional 076
POP 030 Oxigenioterapia Por Cateter Ou Máscara Venturi 077
POP 031 Aspiração da Traqueostomia..... 079
POP 032 Troca da Fixação da Cânula de Traqueostomia 081
POP 033 Drenagem de Abscesso Subcutâneo Simples..... 083
POP 034 Limpeza da ferida 085
POP 035 Debridamento mecânico com instrumental de Lesão.....087
POP 036 Prevenção e Tratamento de Lesão por Fricção 089
POP 037 Precauções de contato com pacientes colonizados ou infectados com bactérias multirresistentes.....091
POP 038 Retirada de Pontos 093
POP 039 Risco de Queda 095
POP 040 Cateterismo Vesical de Demora.....097
POP 041 Cateterismo Vesical de Alívio ou Intermitente 101
POP 042 Manejo da PCR 103
POP 043 Constatação de Óbito 105
POP 044 Cuidados Paliativos em Fonoaudiologia 107
POP 045 Fluxo de notificação de Violência.....109
POP 046 Violência Sexual 111
POP 047 Coleta de Exames 112

POP 048 Coleta de Exames Laboratoriais Domiciliar – fluxo de Rotina 114
POP 049 Coleta de Exames Laboratoriais Domiciliar – fluxo de Urgência 115
POP 050 Ventilação Mecânica Invasiva e não Invasiva.....116
POP 051 Analgesia pré – manipulação 123
POP 052 Manejo e Descarte de Resíduos sólidos no atendimento Domiciliar 124
POP 053 Manejo e Descarte de Resíduos perfurantes no atendimento Domiciliar 127
POP 054 Evolução/ Anotação de Enfermagem 128
POP 055 Sistematização da Assistência de Enfermagem 130

ANEXOS

ANEXO 01 – Como Higienizar as mãos com água e sabonete 131
ANEXO 02 – Como fazer a higienização das mãos com solução alcoólica 132
ANEXO 03 – Os 5 momentos para higienização das mãos 133
ANEXO 04 – Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão 134
ANEXO 05 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Inclusão no Serviço de Atenção Domiciliar 135
ANEXO 06 – Termo de Referência e Contra Referência – Médico 136
ANEXO 07 – Termo de Referência e Contra Referência – Enfermagem 137
ANEXO 08 – Termo de Referência e Contra Referência – Serviço Social 138
ANEXO 09 – Termo de Compromisso – Prevenção de Lesão por Pressão 140
ANEXO 10 – Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimento 141
ANEXO 11 – Protocolo de Atendimento Nutricional 142
ANEXO 11a – Protocolo para mini avaliação Nutricional (MNA) 143
ANEXO 12 – Avaliação do paciente com lesão 144
ANEXO 13 – Evolução do paciente com lesão 145
ANEXO 14 – Termo de Compromisso para paciente em Tratamento de lesão 147
ANEXO 15 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para uso de Imagem 148
ANEXO 16 – Sistema de Classificação de Risco para SKIN TEARS 150
ANEXO 17 – Quadro de Tratamento para SKIN TEARS 151
ANEXO 18 – Risco para lesão por fricção – SKIN TEARS 152
ANEXO 19 – Formulário SINAN 153

APRESENTAÇÃO

A Coordenação do Programa Melhor em Casa (PMC) do município de São Paulo procura respaldar tecnicamente, legalmente e institucionalmente os profissionais que exercem suas atividades junto aos pacientes em seus domicílios.

Assim é que este Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) é fruto de um sonho e trabalho incansável dos profissionais da Coordenação Geral do Programa Melhor em Casa da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo, em conjunto com os Interlocutores de todas as regiões e das Equipes Multiprofissional de Assistência Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissional de Apoio (EMAP), que se reuniram várias vezes seja presencial ou por redes sociais para essa elaboração, bem como revisando-as, tendo como objetivo principal a qualificação das práticas assistenciais.

É importante ressaltar que esse é o primeiro manual construído por uma equipe multiprofissional dos diversos locais de trabalho na rede de saúde de São Paulo pelo Programa Melhor em Casa. Por este motivo, contempla os procedimentos relacionados a prática diária de forma multidisciplinar.

Ainda temos outro grande desafio: formular a edição do volume 2 deste POP onde contemplará procedimentos que não estão elencados neste.

É o Programa Melhor em Casa de São Paulo construindo sua história e qualificando suas práticas!

INTRODUÇÃO

O Procedimento Operacional Padrão, ou POP, é um documento que estabelece de forma minuciosa os detalhes de um processo, elencando aspectos como sequência de procedimentos, materiais utilizados, cuidados a serem observados, responsáveis por cada etapa e quaisquer outras informações relevantes para que a tarefa seja realizada dentro do padrão de qualidade esperado.

O principal objetivo deste POP é de padronizar a realização dos procedimentos que as equipes do MELHOR em CASA realizam na sua prática de forma a minimizar erros, desvios e variações. Assim otimizamos garantir a qualidade do procedimento, promovendo maior segurança ao profissional, paciente, família e cuidador.

Este POP é composto, principalmente, dos seguintes elementos:

- Nome do procedimento;
- Siglas descritas;
- Descritores;
- Objetivo do procedimento;
- Aplicação;
- Prescritor;
- Materiais necessários para a execução do procedimento;
- Agentes executores;
- Descrição do procedimento, o passo a passo, incluindo etapas e sequência de realização;
- Responsável pela elaboração do POP;
- Responsável pela revisão do POP;
- Responsável pela aprovação;
- Referências bibliográficas utilizadas, como manuais, estatuto, guias de segurança e assim por diante;
- Gráficos e fluxogramas, no caso de tarefas com alto grau de complexidade;
- Periodicidade da revisão.

Descritores: higiene profissional, higiene das mãos, mãos	**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**	**POP 001**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO:** é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde e tem como objetivo o de remover a sujidade e outros resíduos, reduzir a microbiota transitória e prevenir a transmissão de microrganismos patogênicos.
2. **APLICAÇÃO**: No ponto de assistência, local onde os três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente).
3. **PRESCRITORES:** Todos os envolvidos
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Pia com água para higiene das mãos (ou recipiente próprio limpo somente para essa finalidade), sabonete líquido comum, papel toalha descartável ou toalha de pano (limpo, separado apenas para a equipe), Lixo para o descarte dos resíduos.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Todos os envolvidos

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios etc.). • Arregace as mangas até altura do cotovelo. • Faça a higienização simples das mãos, por 40 a 60 segundos, executando os seguintes passos (**Anexo 01**): • Abra a torneira sem encostar-se na pia e, mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo, sob a água corrente; • Aplique o sabonete líquido na quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador); • Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si; • Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos; • Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais; • Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos; • Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares; • Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa); • Friccione o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa); • Enxágue bem as mãos e punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço. (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras com fechamento manual, utilize papel toalha ou jogue bastante água na área antes de fechá-la, fechando-a na sequência e desprezando o papel toalha após o fechamento no lixo, se o utilizou); • Seque as mãos com papel toalha descartável ou a toalha deixada para essa finalidade, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. • Descarte o papel toalha usado o lixo adequado ou a toalha de pano em local apropriado.

RISCOS ASSISTENCIAIS: Contaminação do paciente por infecção cruzada

OBSERVAÇÕES:

- A higienização das mãos deve ser realizada minimamente nos 5 momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde- OMS (**Anexo 01**):

- Antes de contato com o paciente
- Antes da realização de procedimento asséptico 3- Após risco de exposição a fluídos corporais
- Após contato com o paciente
- Após o contato com áreas próximas ao paciente

Outras indicações

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Antes e após atividades cotidianas como assuar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto, roupa, fumar, etc.;
- Ao entrar e sair da unidade;
- Antes e após o uso de luvas;
- Após contato com fluidos corpóreos, excretos, mucosas, feridas e curativos;
- Antes e após procedimentos assistenciais;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente;
- Antes e após manipular dispositivos invasivos;
- Antes e após preparar e manipular medicamentos.

Orientações gerais:

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso;
- Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com o paciente;
- Quando não houver condições de uso de qualquer pia do domicilio ou de realizar o procedimento como o descrito aqui, a equipe deverá realizar a higienização seguindo **POP 002**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: 2017.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saude. Coordenação da Atenção Básica**. Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico – Biossegurança na saúde** nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016.
- Lotti, T.R., Ribeiro, D.R.M.. **POP Melhor em Casa**, Rio Claro, 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: higiene profissional, saúde pessoal	**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ALCOÓL GEL A 70º OU SOLUÇÃO DE ÁLCOOL A 70º**	**POP 002**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Reduzir carga microbiana das mãos eliminando a microbiota transitória e substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.
2. **APLICAÇÃO**: No ponto de assistência, local onde os três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente).
3. **PRESCRITORES**: todos os profissionais da equipe de saúde
4. **MATERIAIS:** Gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com glicerina de 1 a 3%, de ou soluções antissépticas para mãos aprovadas pela ANVISA.
5. **EXECUTORES:** todos os profissionais da equipe de saúde e cuidadores

DESCRIÇÃO

AÇÕES

• Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios etc.).
• Arregace as mangas até altura do cotovelo.
• Faça a higienização das mãos com gel alcoólico, por 20 a 30 segundos, executando os seguintes passos (**ANEXO 02**):
  - Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos;
  - Friccione as palmas das mãos entre si;
  - Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
  - Friccione a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
  - Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos;
  - Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimento circular;
  - Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
  - Friccione os punhos com movimentos circulares;
  - Friccione as mãos até secar (não utilize papel toalha).

RISCOS ASSISTENCIAIS: Contaminação do paciente por infecção cruzada

OBSERVAÇÕES:

- Deve ser realizada minimamente nos 5 momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde-OMS (**ANEXO 03**).
- Antes de contato com o paciente
- Antes da realização de procedimento asséptico
- Após risco de exposição a fluídos corporais
- Após contato com o paciente
- Após o contato com áreas próximas ao paciente

Outras indicações

- Antes e após atividades cotidianas como assoar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto, roupa, fumar etc;

- Ao entrar e sair do quarto;
- Antes e após realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente;

Orientações gerais:

- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados ou de urgência e emergência.
- Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.
- A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: 2017.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saude. Coordenação da Atenção Básica. Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico – Biossegurança na saúde nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016.
- Lotti, T.R., Ribeiro, D.R.M.. POP Melhor em Casa, Rio Claro, 2018

Descritores: higiene profissional, saúde pessoal	**HIGIENE PESSOAL PROFISSIONAL**	**POP 003**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Garantir a higienização pessoal, o bem-estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.
2. **APLICAÇÃO**: Diariamente
3. **PRESCRITORES**: todos os profissionais da equipe de saúde
4. **MATERIAIS:** Vestuário, avental ou jaleco
5. **EXECUTORES:** todos os profissionais da equipe de saúde

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• **Cuidados com os cabelos**: Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. O uso da touca deverá ser utilizado de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado mediante o risco de a queda dos fios contaminarem e ou infectarem o local do procedimento. • **Cuidado com as unhas**: As unhas devem estar sempre curtas e aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos preferencialmente sem esmalte ou de coloração clara. • **Cuidados com o uniforme**: Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação da Instituição e/ou profissional. Evitar decotes, saltos que coloquem em risco o profissional em lugares de desnivelamento de terreno. • **Cuidados com joias, bijuterias:** Não devem ser utilizados adereços que possam interferir com a higiene adequada das mãos, como anéis e pulseiras. • **Cuidados com uso de perfume:** Os perfumes devem ser evitados por inúmeros motivos: muitos usuários têm intolerância a odores, em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos que fazem uso (quimioterapia e radioterapia, antivirais e por vezes, alguns antibióticos), podendo incomodar ou mesmo agravar o estado de saúde de muitos. • **Cuidados com os sapatos:** Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.

RISCOS ASSISTENCIAIS: transmissão de contaminantes

OBSERVAÇÃO PARA TODOS PROCEDIMENTOS:

- Os profissionais da saúde com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar contato com o usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: **Limpeza e Desinfecção de Superfícies**. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
- São Paulo. Secretaria Municipal de Saude. Coordenação da Atenção Básica**. Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico – Biossegurança na saúde** nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016.

Descritores: segurança do paciente, inclusão	**INCLUSÃO DE PACIENTES**	**POP 004**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Avaliar elegibilidade dos pacientes para inclusão ao Programa Melhor em Casa
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com encaminhamento da rede de Atenção à Saúde ou espontânea
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial, Fichas de Evolução Ambulatorial, equipamentos
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Recebimento das solicitações de pacientes a serem desospitalizados ou dos provenientes do território • A visita deverá ser realizada em no máximo 72hs. • Para a avaliação, utilizar como instrumento a Ficha de Avaliação Elegibilidade e Admissão (**Anexo 04**). • Ao realizar a visita para inclusão seguir os critérios de elegibilidade. • Caso seja elegível, entregar TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INCLUSÃO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR para ser assinado pelo paciente ou responsável. **(Anexo 05)**. • Caso seja inelegível: Informar a família, elaborar carta de contra referência para a Unidade Básica de Saúde responsável pelo usuário, encaminhar ao atendimento adequado (termo de referência e contra referência **(Anexo 06, 07 e 08).**

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Não encaminhamento adequado do caso
- Recusa de atendimento no ponto de atenção referenciado

OBSERVAÇÕES:

- os formulários deverão ser preenchidos em duas vias, uma ser anexada no prontuário e outra para o paciente/cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saude, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa – Caderno de Atenção Domiciliar** Vol. I. 2012. Brasilia, DF.

Descritores: equipamento de proteção individual; precauções universais; riscos ocupacionais	**PRECAUÇÕES PADRÃO E USO DE EPI'S**	**POP 005** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Garantir o cumprimento das práticas asséptica, evitando a transmissão de infecções e acidentes de trabalho.
2. **APLICAÇÃO**: diariamente DURANTE A VISITA TÉCNICA
3. **PRESCRITORES**: todos os profissionais da equipe
4. **MATERIAIS:** luvas, máscara, gorros, óculos, avental.
5. **EXECUTORES:** todos os profissionais da equipe

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento **(POP 001 e 002)**; • Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI's; • **Usar luvas** sempre quando houver risco de transmissão de patologias tanto para o profissional quanto para o paciente, e qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue, e outras matérias orgânicas; • **Utilizar máscaras** quando houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas das vias áreas superiores e respingo de secreções e sangue à mucosa oral, evitar irritações orais diante de produtos que liberam aerossóis; • **Utilizar óculos** quando o procedimento oferecer risco de respingo à mucosa ocular; • **Utilizar touca** quando se realizar um procedimento que necessite de técnicas asséptica, evitando queda de cabelo ou células epiteliais; • **Utilizar botas** quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água; • **Utilizar avental** para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar vinculação de microrganismos patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo vesti-lo ser retirado sempre ao sair do domicilio; • Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e PRÓPRIOS e nunca reencapar as agulhas.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Exposição a contaminantes
- Ser infectado
- Transmitir patógenos e ocasionar infecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: **Limpeza e Desinfecção de Superfícies**. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010;
- ✓ Brasil. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico – Biossegurança na saúde** nas Unidades Básicas de Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo/SP: SMS, 2016.
- ✓ Brasil. Secretária de Inspeção do Trabalho**.** Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho**. PORTARIA N.°37**, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002
- ✓ Brasil. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.

- ✓ Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Perfil dos profissionais de enfermagem.** [Internet] Brasília (DF): COFEN; 2015 [acesso em 08 jan 2016]. Disponível: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html
- ✓ FIGUEIREDO, R. M.I; MAROLDI. M. A. C.. **Internación domiciliaria: riesgo de exposición biológica para el equipo de salud.** Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.1 São Paulo fev. 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100020.

Descritores: sinais vitais, pressão arterial, pulso, temperatura	**CONTROLE SINAIS VITAIS**	**POP 006** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Aferir parâmetros vitais para detectar precocemente desvios de normalidade, indicando variações individuais de níveis pressóricos
2. **APLICAÇÃO**: Toda VISITA TÉCNICA
3. **PRESCRITORES**: Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.
4. **MATERIAIS:** Esfigmomanômetro Aneroide ou digital, Estetoscópio, Swab de álcool a 70%, Termômetro, Relógio com ponteiros de segundos.
5. **EXECUTORES:** Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e médico.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL:

- Higienizar as mãos **(POP 001 ou 002).**
- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do usuário, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço.
- Manter o braço do usuário na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
- Posicionar os olhos no mesmo nível do mostrador do manômetro aneroide.
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa anticubital, evitando compressão excessiva.
- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo.
- Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o usuário.
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero).
- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do cliente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
- O usuário consciente e ou seu cuidador devem ser informados sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.
- Higienizar as mãos.

PARA AFERIÇÃO DA TEMPERATURA:

- Higienizar as mãos **(POP 001 ou 002)**.
- Realizar a desinfecção do termômetro com Swab de álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único.
- Secar a região axilar do usuário se necessário.
- Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do usuário, dobrando seu braço sobre o peito.
- Manter o termômetro até que seja emitido sinal sonoro do equipamento.
- Realizar a leitura da Temperatura e intervir conforme a necessidade e Prescrição Médica (PM).
- Realizar a desinfecção do termômetro com Swab de álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.
- Higienizar as mãos.

PARA AFERIÇÃO DO PULSO:

- Higienizar as mãos **(POP 001 ou 002).**
- Realizar posicionando o usuário confortavelmente.
- Utilizar o dedo indicador e do meio para comprimir a artéria escolhida, preferencialmente a radial.
- Higienizar as mãos.

PARA AFERIÇÃO DA RESPIRAÇÃO:

- Higienizar as mãos **(POP 001 ou 002).**
- Posicionar o paciente adequadamente para o procedimento.
- Manter os dedos indicador e médio repousando no punho do paciente
- Observar o ciclo respiratório através da movimentação do tórax e abdômen
- Realizar a contagem preferencialmente com o usuário sentado.
- A contagem dos movimentos respiratórios é observada através dos movimentos do peito ou ventre e após a inspiração e expiração, conta-se 1 (um) movimento.
- Observar a movimentação do tórax, profundidade e ritmo, por um minuto.
- Higienizar as mãos.

APÓS CADA UM DOS PROCEDIMENTOS:

- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.
- Manter ambiente em ordem.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação por uso inadequado dos equipamentos
- Verificação incorreta
- Não verificação no local correto

OBSERVAÇÕES:

- Sempre antes do procedimento explicar ao usuário e ou cuidador como será realizado o procedimento,
- Questionar sobre uso de medicação, horário e queixas.
- Realizar limpeza nos aparelhos com álcool 70%.
- Certificar-se de que o cliente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição.
- Esvaziar a bexiga
- Orientar ao usuário a repousar pelo menos 5 minutos em lugar calmo antes da aferição de pulso, respiração e pressão, e que não fale durante a execução do procedimento
- Não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição

- Evitar a ingestão de café ou álcool
- Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição
- Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
- Testar o esfigmomanômetro periodicamente e devidamente calibrado a cada 6 meses.
- Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.
- Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos:

Circunferência do braço (cm)	Denominação do Manguito	Largura do Manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm
<= 6	recém-nascido	3	6
06 a 15	Criança	5	15
16 a 21	Infantil	8	21
22 a 26	Adulto pequeno	10	24
27 a 34	Adulto	13	30
35 a 44	Adulto Grande	16	38
45 a 52	Coxa	20	

- Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço:
  - Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, e ou em uso de medicação anti-hipertensiva
  - A temperatura oral e retal são alternativas para a verificação da temperatura corporal:
    - Para a verificação da temperatura oral, coloque o termômetro sob a língua do paciente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada. O termômetro deve ser de uso individual.

    Obs: Não utilizar esta técnica em pacientes com delírio, inconscientes, ou que estejam com lesões na boca ou com problemas nas vias respiratórias, crianças e após ingestão de alimentos gelados e quentes ou em pacientes taquipnéicos.

    - Para a verificação da temperatura retal, calce as luvas de procedimento e coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (posição de Sims). Lubrifique a ponta do termômetro (ex: vaselina, lidocaína) e o introduza no ânus na direção do umbigo (cerca de 1,5 cm no lactente, 2 cm na criança e 4 cm no adulto). O termômetro deve ser de uso individual.

    Obs: Esta técnica é mais utilizada na pediatria e é contraindicado nos casos de inflamação, obstrução e cirurgia do reto, e em pacientes pós Infarto Agudo do Miocárdio.

- A média da temperatura encontrada na literatura foi:
  - Temperatura Oral: 33,2 a 38,2°C
  - Temperatura Retal: 34,4 a 37,8°C
  - Temperatura Timpânica: 35,4 a 37,8°C
  - Temperatura Axilar: 35,5 a 37°C

- Alguns fatores intrínsecos influenciam na temperatura como ovulação, ritmo circadiano, idade, exercício físico, hormônios tireoidianos.
- Interpretações das temperaturas:
  - Hipotermia: Temperatura central <35ºC
  - Febre: é um aumento na temperatura >38°C e uma resposta normal para infecções, inflamações ou terapias com drogas.

- Hipertermia: Temperatura central > 40°C. Está associada a danos que resultam em falência do hipotálamo.

- Os valores de referência para a frequência cardíaca em adultos são:

  - 60 a 100 bpm (Normocardia)
  - < 60 bpm (Bradicardia)
  - 100 bpm (Taquicardia) bpm: batimentos por minuto

- Para que a verificação da frequência respiratória seja feita de maneira correta, é necessário que o paciente esteja tranquilo e em silêncio.
- Se as respirações forem superficiais e de difícil detecção, observar o apêndice xifoide, onde a respiração é mais aparente.
- Os valores de referência para frequência respiratória são:

  - Adultos: 12 a 22 rpm (Eupneia)
  - 22 rpm (Taquipneia)
  - < 12 rpm (Bradpneia)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- ✓ CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem**. Departamento de Saúde/Coordenadoria de Enfermagem. 2001 - 51p.
- ✓ **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- ✓ POTTER, P. A.; PERRY, A. G**. Fundamentos de enfermagem**. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
- ✓ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI – Diagnóstico e Classificação**. Rev. Bras. Hipertensão. v.17. n.1. p.11-17, 2010.
- ✓ TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P**. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.
- ✓ Lotti, T.R., Ribeiro, D.R.M.. POP Melhor em Casa, Rio Claro, 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: glicemia capilar, glicemia no domicilio, teste glicêmico	**GLICEMIA CAPILAR**	**POP 007**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Realizar o teste glicêmico pela via capilar do paciente.
2. **APLICAÇÃO**: de acordo com o grau de complexidade e necessidade dos pacientes principalmente dos diabéticos.
3. **PRESCRITORES**: Médico e Enfermeiro.
4. **MATERIAIS:** Frasco com fitas reagentes, Luvas de procedimento, Bolas de algodão, álcool ou swab ou água e sabão, Lanceta ou agulha 13 x 4,5 para punção digital, aparelho de glicemia.
5. **EXECUTORES:** Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, paciente e ou cuidador.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Reunir o material necessário • Explicar o procedimento ao paciente/cuidador • Lavar as mãos • Retirar uma tira de reagente e tampar o frasco imediatamente • Colocar luvas de procedimento • Solicitar ao paciente que lave suas mãos ou a fazer antissepsia com algodão embebido em soro fisiológico no local a ser puncionado. • Solicitar ao paciente com condições cognitivas ou o cuidador treinado ou a equipe na falta deste que realize a punção lateral do dedo ou lóbulo da orelha com lanceta ou agulha 13 x 4,5 • Coletar uma gota grande de sangue, evitando pressionar excessivamente, coloca-la sobre área reagente da fita, cobrindo-a completamente. • Analisar o valor obtido e intervir conforme a necessidade • Retirar a fita reagente e despreza-la no lixo de material contaminado • Limpar o local com algodão seco • Desprezar lanceta ou agulha em coletor perfuro cortante • Tirar as luvas e lavar as mãos • Deixar o ambiente em ordem • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade

RISCOS ASSISTENCIAIS

- Contaminação no momento do procedimento com sangue fluido do paciente

OBSERVAÇÕES:

- Após toda leitura deve ser realizada um registro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.
- 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).

Descritores: banho no leito, domicilio	**BANHO – HIGIENE CORPORAL**	**POP 008**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Higienizar o paciente.
2. **APLICAÇÃO**: Todos os pacientes restritos ao leito que não tenham condições de serem levados ao banho de aspersão, seja por condições clinicas inadequadas, seja por condições de pele (idosos, doenças dermatológicas, etc).
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiro (a).
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** comadre, papagaio, bacia, água morna, lençóis, forro plástico, luva de procedimento, xampu, condicionador, pente, escova de dente ou espátula com gaze, creme dental, antisséptico bucal, sabonete, barbeador, toalha de banho ou tecnologia de banho no leito e roupas do paciente.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiro e equipe de Enfermagem e cuidador/ familiar (preferencialmente em dois)

DESCRIÇÃO

AÇÕES
NO LEITO
• Se consciente explique o procedimento ao paciente e confirme aceitação. • Preparar os materiais. • Promover privacidade do paciente. • Higienizar as mãos, • Calçar luva de procedimentos. • Antes de iniciar o banho cubra o colchão com plástico. • Verifique a temperatura da água – teste na região medial do antebraço. • Iniciar a higiene corporal pela cabeça. • Higienizar os cabelos e couro cabeludo (com xampu e condicionador) enxague com água, seque com uma toalha e penteie o cabelo. • Se o paciente for do gênero masculino, realize/ auxilie tricotomia facial. • Realize/auxilie na higiene oral. • Realize higiene ocular com gaze umedecida com SF0.9%. • Com um pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e no pescoço. Enxágue o pano em água limpa e passe na pele até retirar toda a espuma e secar bem. • Caso o paciente esteja com SNE, tubo endotraqueal ou traqueostomia, troque as fixações. • Remova o lençol da cama. • Retire as roupas e fralda do paciente. • A higiene corporal do paciente deve ser feita sempre da mesma forma, em cada parte do corpo. Utilizar compressa com água morna e sabonete, em seguida enxágue e seque com uma toalha/lençol. • Higienize o tórax e abdome e na sequência os membros superiores: axila, braço, antebraço e mão. • Higienize os membros inferiores na seguinte sequência: coxa, perna e pé. • Ao lateralizar o paciente higienize o dorso e as nádegas. • Higienize a região supra púbica e inguinal e proceda à higiene intima que deve ser a última a ser realizada (Na mulher é importante lavar a região pubiana da frente para trás, assim se evita que a água escorra do ânus para a vulva. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem). • Cubra o paciente com um lençol ao término de cada região higienizada, para evitar exposição. • Vire o paciente em decúbito lateral, retire a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente. • Realize limpeza do colchão com álcool 70% e papel ou pano limpo se possível, caso seja revestimento do próprio colchão veja as orientações do fabricante.

- Coloque um lençol limpo.
- Mude o decúbito do paciente.
- Anote no prontuário domiciliar e da unidade

ASPERSÃO

- Agendar previamente com o cuidador o procedimento que será realizado no domicílio, sua finalidade, e a presença de, preferencialmente, duas pessoas. Confirmar a aceitação.
- No domicílio, se apresentar e lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao cuidador e paciente.
- Verificar e avaliar a viabilidade do procedimento no ambiente, e a presença de duas pessoas.
- Verificar a trava e a higiene da cadeira de banho.
- Organizar o material necessário, prosseguindo com as orientações do passo a passo, ao cuidador ou familiar.
- Orientar o cuidador a fazer uso, preferencialmente, de calçado não escorregadio, durante o auxílio no banho.
- Orientar e auxiliar na higiene ocular, nasal, oral, e tricotomia facial (conforme POP).
- Retire as roupas do paciente, e caso seja necessária uma higiene íntima prévia no leito, auxiliar e orientar o cuidador no procedimento.
- Testar o funcionamento do chuveiro, a temperatura adequada da água, e fechar em seguida.
- Proteger cateteres e extensões do paciente, em caso de uso.
- Auxiliar o cuidador na transferência do paciente, do leito para a cadeira, com segurança e conforto.
- Cubra o paciente com uma toalha, para manter sua privacidade.
- Orientar o cuidador no transporte seguro do paciente até o banheiro.
- Pergunte sobre a necessidade de utilizar o vaso sanitário.
- Abrir o chuveiro, controlar a temperatura adequada da água na região medial do antebraço.
- Perguntar ao paciente se está de acordo com a temperatura da água.
- Orientar o cuidador a realizar higiene das mãos e troca das luvas de procedimento.
- Orientar durante o banho, um dos cuidadores a prosseguir com a higienização do leito e troca de roupa de cama.
- Estimule sempre o paciente na realização dos procedimentos.
- Orientar e auxiliar na higiene do couro cabeludo, estendendo-se para o corpo, com o auxílio de uma compressa preferencialmente descartável. Lavar região íntima por último.
- Ao término, orientar enxugar com uma toalha e cobrir com lençol ou toalha, evitando a exposição.
- Orientar e auxiliar no transporte até o leito, que deverá estar devidamente higienizado e com roupa de cama limpa.
- Orientar e auxiliar na transferência segura do paciente, da cadeira para o leito.
- Orientar cuidador a atentar para regiões do corpo que permaneceram úmidas e secá-las com toalha.
- Orientar a proteger a região inguinal com barreira protetora, bem como a importância da troca de fralda sempre que a encontrar úmida ou com sujidade.
- Orientar a colocação de fraldas (Conforme **POP 009**).
- Auxiliar e orientar a posicionar o paciente confortavelmente no leito e cobri-lo. Perguntar ao paciente se está de acordo com o posicionamento no leito.
- Perguntar aos cuidadores se houve compreensão de todas as orientações fornecidas.
- Retirar EPI e dispensar em local apropriado (conforme **POP 005**).
- Realizar lavagem das mãos (Conforme **POP 001**).
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de queda**;**

- Higiene inadequada.

OBSERVAÇÕES:

- Sempre que possível estimular autocuidado;
- Seque e massageie o corpo do paciente com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação, evitando fazer nas áreas de proeminência óssea;
- Se o paciente tiver lesões de pele, realizar o curativo após o banho, conforme estabelecido pela equipe de enfermagem de atendimento domiciliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007.
- Brasil. Ministério de Saúde. Guia Prático do cuidador. MS, 2008.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32**: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, 2005
- POP: Banho de leito, Hospital São Paulo, 2013.
- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- SALES, C. B. et al . **Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, Feb. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 Fev. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621.
- FONSECA, E. F.; PENAFORTE, M. H. O.; MARTINS, M. M. F. P. S. **Cuidados de higiene - banho: significados e perspectivas dos enfermeiros.** Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. ser IV, n. 5, p. 37-45, jun. 2015. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200005&lng=pt&nrm=iso acesso em 05 fev. 2018. http://dx.doi.org/10.12707/RIV14066.

Descritores: Troca de fraldas, higiene íntima	**TROCA DE FRALDA**	**POP 009**
		Emissão:
		Validade: 04 anos

1. **OBJETIVO**: Proporcionar higiene íntima, bem-estar, saúde e conforto ao paciente, minimizar dermatite associada a incontinência.
2. **APLICAÇÃO**: Toda pessoa com incontinência urinária e ou fecal.
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiro.
4. **MATERIAIS PARA USO DA EQUIPE:** EPI: Luvas de procedimento, avental descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara cirúrgica e sapato impermeável.
   MATERIAIS DO PACIENTE: Fralda descartável de uso habitual; bacia com água morna e sabão para higiene íntima; toalha higiênica descartável ou lenços umedecidos; um saco plástico para proteger o lençol do paciente, e um saco para o descarte dos materiais sujos.
5. **EXECUTORES:** Cuidador, familiares e equipe de enfermagem.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Lavar as mãos (**POP 001**). • Orientar cuidador e paciente quanto ao procedimento que será realizado. • Verificar e avaliar a viabilidade do procedimento no ambiente, e a presença do cuidador. • Reunir todos os materiais listados. • Organizar o material necessário, prosseguindo com as orientações do passo a passo, ao cuidador ou familiar. • Colocar os EPIs. • Iniciar o procedimento, explicando para o cuidador. • Realizar Higiene íntima. • Secar bem a região perineal e inguinal, e aplicar barreira protetora se necessário. • Colocar a fralda limpa se atentando para que o paciente fique confortável, e livre de lesões pelo uso inadequado das fraldas. • Ao término, orientar cuidador quanto à necessidade de trocas frequentes para prevenção de lesões, e proporcionar conforto, saúde e bem-estar ao paciente. • Descartar os materiais em local apropriado. • Manter o local limpo e organizado. • Realizar lavagem das mãos (**POP 001**). • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação

OBSERVAÇÕES:

- Todo procedimento deverá ser utilizado EPIs

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32:** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, 2005.

✓ SALES, C. B. et al. **Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, Feb. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 fev. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621.

Descritores: decúbito, mudança de decúbito, lesão por pressão, domicilio	**MUDANÇA DE DECÚBITO**	**POP 010** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Promover conforto e prevenir a ocorrência de Lesões por Pressão nos pacientes restritos ao leito e cadeira de rodas.
2. **APLICAÇÃO**: Todos os pacientes restritos ao leito e cadeira de rodas.
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiro (a).
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luva de procedimento travessas, travesseiros, Coxins e Lençol.
5. **AGENTES:** Toda equipe multiprofissional e cuidador

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Se paciente consciente explicar o procedimento e confirmar aceitação.
- Se paciente inconsciente ou impossibilitado no momento, explicar ao cuidador familiar.
- Assinar termo de compromisso de cuidados preventivos de Lesão por Pressão **(Anexo 09)**
- Higienizar as mãos (**POP 001**).
- Preparar os materiais.
- Calçar luva de procedimentos.
- A mudança de decúbito deve ser realizada de acordo com o estado do paciente e a escala de Braden aplicada durante a visita do PELO ENFERMEIRO e prescrita por este, sendo de 2 em 2 horas **no máximo**, podendo seguir conforme relógio sinalizador para a realização de mudança de decúbito (Figura I e II).

Decúbito Dorsal (Figura II)

- Coloque um travesseiro fino e firme embaixo da cabeça da pessoa de maneira que o pescoço fique no mesmo nível da coluna.
- Coloque um travesseiro ou cobertor embaixo das pernas, assim diminui a pressão dos calcanhares (que fiquem livres do contato) sobre a cama.
- Dobre os cotovelos levemente e coloque as mãos da pessoa apoiadas nos quadris.
- Mantenha as pernas da pessoa esticadas e as pontas dos dedos voltadas para cima.
- Apoie os pés em uma almofada recostada na guarda final da cama, a uma inclinação de 60º ou 90º.

Decúbito Lateral (Figura II)

- Coloque a pessoa deitada de um dos lados.
- Coloque um travesseiro fino sob a cabeça e o pescoço de modo que a cabeça fique alinhada com a coluna.
- Escore as costas da pessoa com um travesseiro maior, para evitar que ela vire de costas, e coloque outro travesseiro entre os braços da pessoa para dar maior conforto.
- A perna que fica por cima deve estar levemente dobrada e apoiada em um travesseiro, a fim de mantê-la no nível dos quadris.
- Dobre levemente o joelho e coloque uma toalha dobrada, ou cobertor ou edredom fino, a fim de manter o tornozelo afastado do colchão.

Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

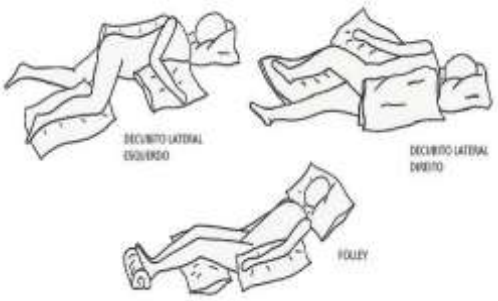


FIGURA I – RELÓGIO SINALIZADOR PARA A REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	FIGURA II – ILUSTRAÇÕES PARA MUDANÇA DE DECÚBITO

RISCOS ASSISTENCIAIS: Risco de queda.
OBSERVAÇÕES:

- Observar a existência de sinais de lesões cutâneas; se necessário e possível solicitar colchões, protetores e aplicar placas conforme descrito no PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS da SMS;
- Manter lençóis limpos, sem dobras e sem restos alimentares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brasil. Ministério de Saúde. **Guia Prático do cuidador**. MS, 2008.
- POP: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. **Prevenção de Lesões** (LP), 2016.
- BERGO, A M A; COSTA, E C C; PIMENTEL, M C C; PEREIRA, M E C; RIZZO, S.. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas e do pé diabético** / Protocol for the prevention and treatment of wounds.. São Paulo; SMS; 2010. 41 p. ilus.

Descritores: posição, cama, posicionamento na cama, domicilio	**POSICIONAMENTO NA CAMA**	**POP 011**
		Emissão:
		Validade: 04 anos

1. **OBJETIVO**: Descrever orientações e adaptações para o posicionamento no leito.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes restritos ao leito.
3. **PRESCRITORES** Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
4. **MATERIAIS:** Luva de procedimento. Eventuais: Espuma, Algodão ortopédico, Malha tubular ortopédica. Travesseiro e/ou coxim.
5. **EXECUTORES:** Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Enfermeiro e CUIDADORES

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Confirme o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Calce as luvas de procedimento;
- Explique o procedimento ao paciente e/ou cuidador;
- Eleve a cabeceira do leito;
- Orientar mudança de decúbito com intervalo INDIVIDUALIZADO ou de ATÉ duas horas;
- Avaliar junto ao paciente se há hemiparesia;

    a) Com hemiparesia, em decúbito dorsal, MMSS hemiplégico deve estar em extensão lateral ao corpo, evitando-se rotação externa de ombro, posicionamento neutro sobre superfície macia; MMII hemiplégico em extensão com leve flexão de joelho e tornozelo em dorsiflexão pode-se utilizar um travesseiro como apoio;
    b) Com hemiparesia, em decúbito lateral, MMSS hemiplégico deve estar sob o apoio de um travesseiro, em extensão com punho em supinação (palma da mão para cima), evitar abdução de ombro em ADM elevada; MMII hemiplégico com quadril em rotação interna, flexão de joelho e tornozelo em inversão e dorsiflexão pode-se utilizar travesseiro como apoio;

- Orientar posicionamento em decúbito dorsal e lateral, respeitando-se o intervalo estabelecido;
- Sem hemiparesia:

    a) Orientar posicionamento com uso de coxim lateral durante as mudanças de posição para proteção articular e muscular;
    b) Em decúbito dorsal e lateral;
    - MMSS posição neutra e de conforto para o paciente, em caso de hipertonia, sempre manter uso de coxim em mãos em posição neutra com abdução de polegar e leve flexão de dedos; em caso de hipotonia, manter apoio palmar e dedos em extensão total.
    - MMII em posição em posição neutra, evitando-se rotação externa de quadril, joelhos em leve flexão com apoio lateral e posterior, manter tornozelo em dorsiflexão.

- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Deformidades Musculoesqueléticas
- Lesões osteomusculares
- Lesões por pressão.

OBSERVAÇÕES:

- Evitar a mobilização do paciente com sobrepeso sozinho;
- Respeitar as limitações apresentadas pelo paciente;
- Sempre que possível, utilize dispositivos de auxílio para mobilização do paciente, tais como pranchas, lençóis, cintos, discos giratórios e mecânicos (pórticos);
- Atentar-se durante a mobilização e mudança de decúbito quanto ao uso de dispositivos ou drenos (sonda nasoenteral, sonda vesical de demora, traqueostomia, gastrostomia, PICC, etc.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ LIPPERT, LYNN. *Cinesiologia Clínica para Fisioterapeutas*. 3 ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 2003, 272p.
- ✓ COMARU, Marlucia Nunes. Paciente Hospitalizado – atuação da enfermeira na prevenção de limitações físicas. **Rev. Bras. Enferm**., Brasilia, v. 28, n. 4, p. 22-29, Dez. 1975. Disponível em: www.scielo.br
- ✓ CAZEIRO, ANA PAULA; PERES, PATRICIA. A Terapia Ocupacional na Prevenção e no Tratamento de Complicações Decorrentes da Imobilização no Leito. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Mai/Ago 2010, v. 18, n. 2, p. 149-167. Disponível em: http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/351/282

Descritores: uso de medicamento, segurança do paciente, medicamento	**CUIDADOS PARA O PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO**	**POP 012**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Padronizar os itens de verificação para uma administração segura de qualquer medicamento.
2. **APLICAÇÃO**: A todos que administram medicamentos por qualquer via.
3. **PRESCRITORES:** Médico e o Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Prescrição.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico**,** Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Cuidador/familiar e Paciente

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Paciente certo – Deve se perguntar ao usuário seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto (usuário consciente confirmando, documento com foto, familiar, cuidador). • Medicamento certo – Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito, conhecer o paciente e suas alergias, conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito. • Via certa – Identificar a via de administração prescrita, se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento, lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento, verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa, avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros), identificar no usuário qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral, realizar a antissepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral, esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento, esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. • Hora certa – Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica, e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade. • Dose certa – Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada. Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente. Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico. Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua. Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância. Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso. Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração. • Registro certo – Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento. Checar se os horários da administração dos medicamentos, se estão de acordo e a cada dose. Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do usuário e eventos adversos.

- Ação certa – Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.
  Orientar e instruir o paciente/cuidador sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.
- Forma certa – Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente. Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao prescritor. A equipe deverá disponibilizar as orientações ao administrador do medicamento quanto a dose certa e diluição quando necessário, o preparo e administração do medicamento e, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.
- Resposta certa – Observar cuidadosamente o usuário para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento. Deve-se manter clara a comunicação com o usuário e/ou cuidador/familiar. Considerar a observação e relato do usuário e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual, registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.).

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preparo incorreto do medicamento;
- Administração incorreta do medicamento);
- Lesão por falha técnica;
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.
- Alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.
- Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.
- Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cohen MR. Preventing prescribing errors.In: Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, Am Pharm Assoc. 2006; p. 175-203
- Néri EDR. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário. 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n3/v57n3a13.pdf
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** MS, ANVISA, FIOCRUZ E FHEMIG.

Descritores: permeabilização, acesso venoso, permeabilizar acesso periférico	**PERMEABILIZAÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO**	**POP 013** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Manter permeabilidade do cateter venoso periférico para a administração de medicamentos e infusões intermitentes.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos que precisem manter o acesso pérvio entre as doses a serem administradas.
3. **PRESCRITORES:** Médico e Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** seringa de 10mL contendo solução fisiológica para permeabilização do cateter e protegida com agulha (devidamente identificada), luvas de procedimento, gaze embebida em álcool a 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico**,** Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Reunir o material. • Orientar o paciente sobre o procedimento. • Higienizar as mãos. • Calçar luva de procedimento. • Fechar as vias de infusão. • Usar gaze embebida em álcool a 70 % ou clorexidina alcoólica 0,5% para a desconexão entre o cateter e o equipo de infusão. • Conecte a seringa com solução para permeabilização. • Injete 5 a 10mL de solução fisiológica com pressão e rapidez (a injeção da solução deve ser interrompida pelo fechamento do "clamp", a fim de manter a pressão interna do sistema). • Desconecte a seringa e feche o dispositivo com oclusor. • Recolha o material do quarto, mantendo a residência organizada. • Deixe o paciente confortável • Descarte agulhas e perfurantes no recipiente adequado de perfurocortante e o restante em lixo adequado. • Retire as luvas de procedimento • Higienize as mãos. • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Infecção;
- Saída acidental do cateter;
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- Verifique a presença de dor e edema (indicam que o líquido injetado está extravasando nos tecidos). Neste caso deve-se retirar o dispositivo imediatamente.
- O volume de solução fisiológica pode variar de acordo com o comprimento e calibre do tubo extensor.
- Para a permeabilização do cateter pode ser utilizada a solução de heparina.
- Ao permeabilizar o cateter avalie sua fixação, e se houver necessidade, troque a fixação para evitar a saída acidental do cateter.
- Observe periodicamente se há sinais de flebite ou infiltração no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do paciente. Aplique escalas de avaliação de sinais de flebite e infiltração.

Escala de Classificação de Flebite

Grau 0	Sem sinais clínicos.
Grau 1	Presença de eritema, com ou sem dor local.
Grau 2	Presença de dor, com eritema e ou edema.
Grau 3	Presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável.
Grau 4	Presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável maior que 2,5 cm de comprimento; drenagem purulenta.

Escala de Classificação de Infiltração e Extravasamento

Grau 0	Sem sinais clínicos.
Grau 1	Pele fria e pálida, edema menor que 2,5 cm, em qualquer direção, com ou sem dor local.
Grau 2	Pele fria e pálida, edema entre 2,5 cm e 15 cm, em qualquer direção, com ou sem dor local.
Grau 3	Pele fria, pálida e translúcida, edema maior que 15 cm em qualquer direção, dor local variando de média a moderada, possível diminuição da sensibilidade.
Grau 4	Pele fria, pálida, translúcida, edema maior que 15 cm em qualquer direção, dor local variando de moderada a grave, diminuição da sensibilidade, comprometimento circulatório. Ocorre na infiltração de derivados sangüíneos, substâncias irritantes ou vesicantes (extravasamento).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- ✓ CARMAGNAMI MIS et al. **Procedimentos de Enfermagem** – Guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.
- ✓ Diretrizes práticas para terapia infusional. Brasil. Infusion Nurses Society- INS Brasil. Edição 2013.p.69-71.
- ✓ ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do paciente e qualidade em Serviços de Saúde, 2017.
- ✓ MANSUR NS. NISHIO EA. **Protocolo terapia medicamentosa**, 3° ed. São Paulo. Editado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) Unidades Afiliadas, 2013. 247p.
- ✓ CLAYTON BD. **Farmacologia na prática de enfermagem**. Rio de Janeiro, Editora Elsevier; 2006.
- ✓ POTTER PA; PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 6 ad. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos via retal	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA RETAL**	**POP 014** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Via para medicação de difícil administração por via oral ou quando o fármaco pode ser instável no sistema digestivo, favorecendo a absorção devido à dupla circulação existente na mucosa retal e provocar evacuação intestinal – enteroclisma/ clister.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos por via retal.
3. **PRESCRITORES:** Médico e Enfermeiro (somente para enema)
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento, óculos, máscara, medicamento prescrito**,** avental descartável.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico**,** Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Cuidador/familiar e Paciente.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Higienizar as mãos; • Reunir material; • Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose necessária e apresentação; • Ler atentamente os medicamentos que devem ser administrados por via retal; • Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador; • Calçar luva de procedimento; • Solicitar ou auxiliar o paciente a se colocar em decúbito lateral esquerdo (posição de Sims) ou na posição genupeitoral; • Solicitar ao paciente (se possível) respirar lenta e profundamente durante a aplicação do medicamento; • Separar as nádegas com a mão não dominante e introduzir a extremidade afilada do medicamento prescrito no ânus do paciente com a mão dominante introduzindo o medicamento até a sua totalidade; • Solicitar ao paciente que permaneça deitado por no mínimo cinco minutos para o efeito do medicamento; • Desprezar material em local adequado; • Descalçar as luvas desprezando em lixo; • Higienizar as mãos; • Checar o procedimento em prontuário; • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preparo incorreto do medicamento (medicamento e dose);
- Administração incorreta do medicamento (dose e via);
- Contaminação do paciente por agentes biológicos, em virtude de falhas na manipulação de materiais, medicamentos e do paciente;
- Lesão por falha técnica, material e anatômica;
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- Em caso de uso de supositórios, orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento, manter no ânus uma compressa de gaze, se necessário;
- Em uso de enteroclisma ou enema (**POP 027**), lubrificar a sonda retal ou o bico de frasco do enema com gel hidrossolúvel. A sonda deve estar inerida após o esfíncter interno.
- Em caso de resistência da aplicação interromper o procedimento e comunicar ao médico ou enfermeiro responsável;
- Todos os incidentes relacionados ao procedimento ou a medicação, devem ser notificados e comunicados a equipe e responsável do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- ✓ CARMAGNAMI MIS et al. **Procedimentos de Enfermagem** – Guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.
- ✓ MANSUR NS. NISHIO EA. **Protocolo terapia medicamentosa**, 3° ed. São Paulo. Editado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) Unidades Afiliadas, 2013. 247p.
- ✓ CLAYTON BD. **Farmacologia na prática de enfermagem**. Rio de Janeiro, Editora Elsevier; 2006.
- ✓ POTTER PA; PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 6 ad. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos via oftálmica	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OFTÁLMICA**	**POP 015** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Instilar medicamento/colírio em bolsa conjuntival (bolsa conjuntival), para auxiliar no tratamento de patologias oculares.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos, por via Oftálmica.
3. **PRESCRITORES:** Médicos.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento, algodão, gaze e medicamento prescrito.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, cuidador/familiar e usuário.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Higienizar as mãos;
- Reunir material;
- Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose necessária e apresentação;
- Ler atentamente os medicamentos que deve ser administrado por via Oftálmica;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador/familiar.

Em instilação de colírio:

- Conferir lateralidade (lado), em caso de instalação em único olho;
- Deixar o paciente em posição confortável se possível;
- Higienizar os olhos, com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%, caso haja presença de secreção, do ângulo interno para o ângulo externo.
- Inclinar a cabeça para trás e solicitar que o mesmo olhe para cima.
- Puxar para baixo a pele priorbitária com o dedo indicador expondo o saco conjuntival.
- Agitar medicamentos líquidos antes de administração para garantir a sua distribuição uniforme
- Pingar uma gota por vez no centro da bolsa conjuntival, com o cuidado de não tocar com o frasco/conta gota na pálpebra do usuário;
- Solicitar ao usuário que feche os olhos e realize movimentos giratórios do globo ocular após a aplicação da medicação, permanecendo fechado por dois minutos;
- Retire o excesso de medicação com uma gaze do ângulo interno para o ângulo externo;
- Se o paciente piscar ou fechar o olho impedindo que a gota seja introduzida no olho, repita o procedimento
- Secar o excesso de medicação com uma gaze.

Em aplicação de pomada:

- Segurar o aplicador com a mão dominante acima da pálpebra inferior,
- Aplicar fina camada da pomada ao longo da borda interna da pálpebra inferior da conjuntiva, do ângulo interno para o ângulo externo;
- Solicitar ao usuário que realize movimentos giratórios do globo ocular ou esfregue a pálpebra usando uma gaze se não houver contraindicação da fricção;
- Recolher todo o material;
- Desprezar material em local adequado;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento em prontuário;
- Registrar evolução, intercorrências em prontuário domiciliar e na unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preparo incorreto do medicamento (medicamento e dose);
- Administração incorreta do medicamento (dose, via e horário);
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- Em caso de reações adversas, comunicar enfermeiro ou médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- COUTINHO MHB, SANTOS SRG. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília – DF 2012.p 49
- MANSUR NS. NISHIO EA. **Protocolo terapia medicamentosa**, 3° ed. São Paulo. Editado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) – Unidades Afiliadas, 2013. 247p.
- GIOVANI, A. M. M.; **Cálculo de Administração de Medicamentos**, 10 Ed. Ver. E Amp, Sp. Scrinium, 2002.
- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos via intradérmica	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADÉRMICA**	**POP 016** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Administração de soluções cristalinas e isotônicas com volume máximo de 0,5ml. Diagnosticar reações de hipersensibilidade (provas de PPD para Tuberculose e teste de SCHICK para difteria), sensibilidade de algumas alergias, dessensibilização e vacina BCG.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos, vacinas ou testes terapêuticos, por via Intradérmica.
3. **PRESCRITORES**: Médicos.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento, água e sabão neutro, swab de álcool, seringa de 1 ml (com escalas de frações em mililitros), agulha 13 x 4,5 e medicamento prescrito.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Médicos.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Higienizar as mãos; • Reunir material; • Separar medicamento do usuário, conferir: validade, dose necessária e apresentação; • Ler atentamente os medicamentos que deve ser administrado por via Intradérmica; • Explicar o procedimento ao usuário e/ou cuidador; • Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos. • Apoiar o braço sobre superfície plana • Verificar se o local escolhido está limpo • Proceder à limpeza com soro fisiológico ou água e sabão neutro • Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia. • Aspirar ao medicamento da ampola ou frasco-ampola • Tirar a proteção da agulha com a mão dominante em um movimento direto. • Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção • Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15° • Injetar o líquido lentamente ao mesmo tempo em que observa o surgimento de pápula • Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção com um movimento rápido e leve • Não reencapar a agulha • Descartar a seringa e a agulha na caixa de perfuro cortante • Permanecer com paciente e observar reação alérgica • Higiene as mãos (**POP 001**); • Checar o procedimento em prontuário; • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preparo incorreto do medicamento (medicamento e dose);
- Administração incorreta do medicamento (dose e via);
- Infecção
- Falha no registro

OBSERVAÇÕES:

- Volume máximo de administração: 0,5 ml
- Para testes de alergias e reações de hipersensibilidade o local utilizado é face ventral (anterior) do antebraço (por ser rara em pelos, pouca vascularização e local de pele mais clara);
- O álcool comum não deve ser utilizado pela sua baixa volatilidade (demora a secar) e pelo baixo poder antisséptico (especialmente nesta técnica o uso do álcool não é indicado por evitar uma possível interação com o líquido injetável, em face da presença dos poros e pelo fato de o líquido ser depositado muito próximo da epiderme);
- Em situações excepcionais (vacinação na zona rural e em ambiente hospitalar), utilizar o álcool a 70%;
- Não massagear o local após aplicações;
- Em caso de reações adversas, comunicar enfermeiros ou médico.
- Orientar o cuidador/familiar quanto a observação do local da aplicação quanto à coloração, temperatura e nodulação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- ✓ COUTINHO MHB, SANTOS SRG. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília – DF 2012.p 49
- ✓ MANSUR NS. NISHIO EA. **Protocolo terapia medicamentosa**, 3° ed. São Paulo. Editado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) – Unidades Afiliadas, 2013. 247p.
- ✓ GIOVANI, A. M. M.; **Cálculo de Administração de Medicamentos**, 10 Ed. Ver. E Amp, Sp. Scrinium, 2002.
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos via oral	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL**	**POP 017** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Promover terapêutica medicamentosa pela via mais fisiológica, através da mucosa gástrica ou intestinal por meio da absorção pela corrente sanguínea. Podendo ter apresentação em cápsulas, drágeas, pastilhas, comprimidos, xarope e suspensão.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos, com condições clinicas de recebê-los por via oral.
3. **PRESCRITORES**: Médico e Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Copo (descartável e ou graduado), água e palito/colher para misturar (se necessário), colher e conta-gotas para administrar (se necessário) e medicamento. Equivalência de medidas (para medicamentos líquidos):
   1 colher de sopa = 15 ml
   1 colher de sobremesa = 10ml 1 colher de chá = 5ml
   1 colher de café = 3ml
   1 ml = 20 gotas
   1 gota = 3 microgotas
5. **AGENTES EXECUTORES: Médico,** Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Cuidador/familiar e o Próprio Paciente.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Higienizar as mãos (**POP 001**); • Reunir o material necessário; • Conferir os 5 certos; • Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação; • Observar que alguns comprimidos são sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos; • Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão ao nível dos olhos fazendo exatamente a medida prescrita. Ler cuidadosamente o rótulo do frasco antes de prepará-lo; • Identificar o grau de dependência do usuário (verificar condições clínicas para prevenção de complicações e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais); • Explicar ao usuário e ao cuidador/familiar o procedimento e informar o medicamento a ser administrado; • Posicionar o cliente com a cabeceira elevada, em uma posição favorável à deglutição; • Oferecer a medicação ao paciente; • Oferecer água até a completa deglutição do medicamento; • Permanecer ao lado do cliente até que o medicamento seja deglutido; • Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado; • Higienizar as mãos; • Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações do paciente, dificuldade de deglutição, etc; • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Administração incorreta do medicamento (dose, horário e via);
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- É a via em que toda administração de medicamentos acontece através da deglutição ou da sua colocação diretamente no estômago, por meio de cateteres. A absorção acontece na boca, estômago e intestino delgado.
- Em caso de paciente com disfagia, diluir o comprimido em água filtrada. Verificar com o médico a possibilidade da via de administração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. **Portaria n. 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- BORTOLOZO, N. M. Et al. **Técnicas em Enfermagem**: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.
- PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem.** Florianópolis-SC, 2013.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
- AME- **Dicionário de administração de medicamentos na Enfermagem**: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.
- FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. **Tratado prático de enfermagem.** Yedis editora. 2ed.v.2São Caetano do Sul, 2008.
- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos via sublingual	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL**	**POP 018** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Promover uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca; produz efeitos locais ou sistêmicos quando dissolvido junto com a saliva, evitando efeitos lesivos dos sucos gástricos e do metabolismo hepático.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos por via Sublingual ou bucal. É uma via de administração utilizada para situações de emergência.
3. **PRESCRITORES**: Médicos.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento, água e sabão e Medicamento prescrito.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Cuidadores, Pacientes.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Higienizar as mãos; • Conferir a prescrição médica e reunir o material necessário; • Orientar ao paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; • Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento (posição de Fowler e/ou sentado) • Avaliar a capacidade de colaboração do paciente para o procedimento; • Pedir ao paciente que abra a boca. Inspecionar a boca para ver se há irritação e ulceração; • Colocar o comprimido conforme a prescrição médica: • Via bucal: entre a bochecha e os dentes do paciente • Via sublingual: posicionado debaixo da língua • Orientar o paciente para fechar a boca e manter o comprimido, sem mastigar, até que ele se dissolva; • Deixar o paciente confortável; • Desprezar o material utilizado nos locais apropriados; • Realizar higienização das mãos; • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Administração incorreta do medicamento (dose, horário e via);
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente não deve ingerir líquido e/ou alimentos até o medicamento ser absorvido.
- Se o paciente precisar receber uma combinação de comprimidos orais/cápsula, administrar os comprimidos/cápsulas e por último os sublinguais.
- Em caso de reações adversas, comunicar enfermeiros ou médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

✓ BARE, B. G., SUDDARTH, D.S.. BRUNNER - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

- ✓ NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
- ✓ POTTER, P.A.; PERRY, A. G.. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009
- ✓ KOCH. R.M. et. Al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: subcutânea, hipodermóclise, domiciliar	**TERAPIA SUBCUTÂNEA HIPODERMÓCLISE**	**POP 019**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

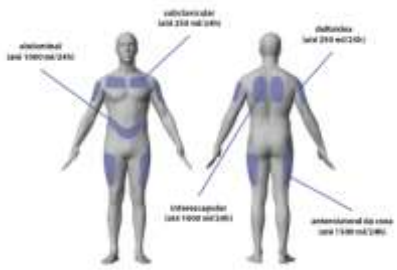
1. **OBJETIVO**: Administrar medicamentos infundidos em bolus ou diluídos em pequenos volumes no tecido subcutâneo e infusão de soluções em volumes maiores.
2. **APLICAÇÃO**: Em situações em que não é possível administrar medicamento seja por redução do nível de consciência ou por intolerância às medicações por via oral; usada também para controle de sintomas em pacientes em cuidados paliativos.
3. **PRESCRITORES**: Médico (a)
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Solução preparada para ser instalada (soro, medicamentos); Equipo com dosador (ml/hora); Solução antisséptica; Gaze, luva de procedimento; Scalps 25, 27, 23 (tipo butterfly); Cateter não agulhado tipo Jelco; Seringas de 5 ml; Soro fisiológico a 0,9%; Cobertura tipo filme transparente estéril para fixar.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico (a), Enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

<u>Escolha do sítio de punção</u>:

- Região do deltoide.
- Região anterior do tórax.
- Região escapular.
- Região abdominal.
- Face lateral da coxa.



Fonte: https://educative.com.br/tag/auxiliar-de-enfermagem/

PUNÇÃO PARA TERAPIA SEM PERMANECER INSTALADA A MEDICAÇÃO:

- Higienizar as mãos (**POP 001**);
- Reunir material;
- Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose necessária e apresentação (**POP 012**);
- Preparar o medicamento no momento imediato da administração;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador;
- Expor a área de aplicação e delimitar o local;
- Calçar luva de procedimento, fazer a antissepsia com álcool a 70%;
- Puncionar o local com cateter agulhado com o bisel para cima em um ângulo de 30° a 45°em relação a pele.
- Aspirar para se certificar de que nenhum vaso foi atingido (fig 5). Se houver retorno sanguíneo, retire o acesso e repita a punção a uma distância mínima de 5 cm da punção original.
- Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando e êmbolo, com a mão oposta à que segura à seringa;
- Retirar a agulha, com um único movimento, rápido e firme;
- Observar o paciente por alguns minutos, mantendo-o em repouso;

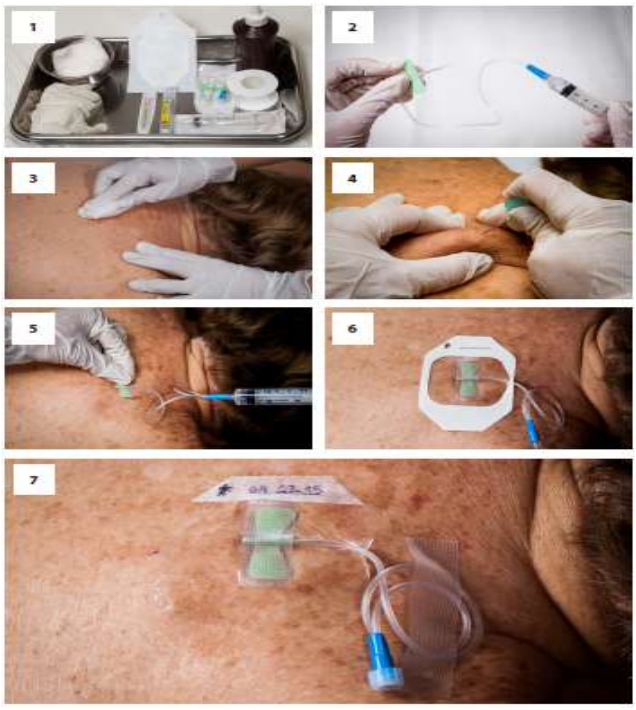
- Recolher o material deixando o ambiente em ordem e desprezando adequadamente;
- Retirar a luva e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade, registrando o local onde foi realizada a aplicação.

PUNÇÃO PARA TERAPIA COM PERMANÊNCIA DA MEDICAÇÃO INSTALADA

Instalação do acesso subcutâneo:

1) *Punção com cateter agulhado (scalp):*

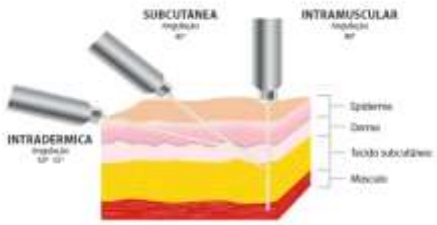
- Explicar ao paciente sobre o procedimento.
- Lavar as mãos (**POP 001**) e preparar os materiais que serão utilizados (fig 1)
- Preencher o circuito intermediário do cateter com 1ml de soro fisiológico 0,9% (fig 2) e manter a seringa acoplada na via introdutória. Isso garante que o lúmen do cateter permaneça preenchido, reduzindo a possibilidade de contaminação.
- Calçar luva de procedimento.
- Escolher o local da infusão.
- Fazer antissepsia no local e a dobra na pele (fig 3 e 4).
- Introduzir o scalp num ângulo de 30° a 45° (a agulha deve estar solta no espaço subcutâneo).
- Aspirar para se certificar de que nenhum vaso foi atingido (fig 5). Se houver retorno sanguíneo, retire o acesso e repita a punção a uma distância de pelo menos 5 cm da punção original.
- Fixar o scalp com o filme transparente (fig 6).
- Aplicar o medicamento ou conectar o scalp ao equipo da solução.
- Datar e identificar a fixação (fig 7).
- Retirar a luva e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.



2) *Punção com cateter não agulhado (jelco):*

- Explicar ao paciente sobre o procedimento.
- Lavar as mãos (**POP 001**) e preparar os materiais que serão utilizados
- Calçar luva de procedimento.
- Manter a seringa acoplada na via introdutória.
- Escolher o local da infusão.
- Fazer antissepsia no local e a dobra na pele.
- Introduzir o cateter num ângulo de 30° a 45°.
- No momento que verificar retorno de sangue segurar a agulha para não introduzir mais e empurrar o cateter.
- Retirar a agulha.
- Fixar o cateter com o filme transparente.
- Aplicar o medicamento ou conectar o scalp ao equipo da solução.
- Datar e identificar a fixação.
- Retirar a luva e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

Angulação da agulha para aplicação nos tecidos:



➢ **RISCOS ASSISTENCIAIS:**

- Complicações no sítio de punção;
- Preparo incorreto do medicamento (medicamento e dose);
- Administração incorreta do medicamento (dose, horário e via);
- Armazenamento inadequado das medicações;
- Infecção no local;
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

➢ A escolha do sítio de punção é a primeira coisa a se fazer, ficando ou não o acesso subcutâneo no paciente. Acredito ser desnecessário dividir em punção para uma única administração de medicação e para medicação com permanência, pois os passos são os mesmos. E mesmo que a medicação não for permanecer instalada e se faça uma medicação em bolus, o acesso pode permanecer no paciente. Aliás, é melhor que o paciente fique com o acesso, para minimizar o desconforto de puncionar o subcutâneo diversas vezes.

➢ **Indicações**: demência avançada com disfagia, pacientes com náuseas e/ou vômitos por períodos prolongados, intolerância gástrica, obstrução intestinal, diarreia, confusão mental e dispneia intensa. Sua indicação mais importante talvez seja o controle farmacológico dos sinais e sintomas inerentes ao processo de morrer, quando a pessoa doente, inevitavelmente, perde a capacidade de deglutir e requer uma via para oferta de medicamentos que lhe garanta o máximo conforto possível até o momento da morte.

➢ **Contraindicações absolutas**: recusa do paciente, em casos de anasarca, nos pacientes com trombocitopenia grave e distúrbios da coagulação, e na necessidade de infusão rápida de fluidos.

- **Contraindicações relativas**: caquexia, síndrome da veia cava superior, ascite, áreas de circulação linfática comprometida (pós cirurgia ou radioterapia), áreas de inflamação, infecção ou úlceras cutâneas, proximidade de articulação, proeminências ósseas.
- Os cateteres agulhados (scalp) proporcionam punções menos dolorosas. Os calibres de escolha estão entre os números 21G a 25G. O cateter agulhado pode permanecer instalado por até cinco dias.
- Os cateteres não-agulhados são ideais para punções com previsão de uso prolongado. Podem permanecer instalados, em média, por onze dias. Os calibres de escolha estão entre os números 20G a 24G (canhão rosa, azul ou amarelo). A técnica de punção é semelhante àquela com cateter agulhado.
- Realizar rodízio entre as aplicações, evitando lipodistrofia
- Verificar e registrar qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente, após administração de medicamentos;
- Em relação à Enoxaparina, o fabricante recomenda a aplicação na região abdominal. O medicamento é embalado em seringa pronta para uso e possui uma bolha de ar, que não deve ser retirada antes da administração.
- Todos os incidentes relacionados às medicações devem ser notificados a Enfermeiro e ou ao Médico.
- Deve haver avaliação médica e identificação da necessidade de controle dos sintomas com medicações por via subcutânea (critérios de inclusão para terapia subcutânea);
- A decisão deve ser compartilhada com paciente, familiares e cuidadores;
- Obter termo de responsabilidade e consentimento livre e esclarecido quanto ao tratamento e procedimento (**POP015**);
- Realizar treinamento do familiar e/ou cuidador quanto as necessidades de seu cuidado referente ao procedimento;
- Dispensar as medicações segundo prescrição médica e plano terapêutico individual;
- Os profissionais da EMAD devem supervisionar a administração das medicações feitas pelo familiar e/ou cuidador, respeitando as normas de segurança no domicílio (aspiração das medicações, manuseio do acesso subcutâneo, armazenamento das medicações, descarte correto dos materiais).
- O monitoramento do paciente deve ser feito, com reavaliações clínicas no domicílio e acompanhamento dos familiares e cuidadores.
- O gotejamento para a infusão de solução deve ser em torno de 60 a 125 ml/h, considerando as condições clínicas do paciente.
- Limitação do volume de infusão de fluidos: até 1500 ml/dia por sítio de punção, a absorção pode ser variável de acordo com a perfusão e vascularização do local da punção, existe uma limitação de medicamentos que podem ser usados por esta via.

- **Critérios de inclusão para terapia subcutânea:**
  - Pacientes com indicação de cuidados paliativos, que não possuem via oral para administração de medicamentos e que apresentem sintomas a serem controlados ou pacientes nos quais a via enteral não possa ser utilizada;
  - Desejo do paciente e familiares em permanecer no domicílio;
  - Possibilidade de controlar os sintomas com medicações disponíveis para uso subcutâneo em domicílio;
  - Existência de familiar (es) e/ou cuidador (es) dispostos a serem capacitados e orientados pela equipe para manejo de medicações via subcutânea;
  - Condições de higiene do domicílio aceitáveis para a boa manutenção do acesso subcutâneo, bem como condições adequadas de armazenamento das medicações.

- **Critérios de exclusão para terapia subcutânea**:
  - Recusa do paciente em receber tratamento domiciliar ou mudança de opinião durante o processo;
  - Recusa dos familiares e/ou cuidadores em receberem capacitação e orientação para manejo de medicações via subcutânea ou mudança de opinião durante o processo;
  - Condições do domicílio desfavoráveis para a boa manutenção do acesso subcutâneo ou ausência de condições para armazenamento das medicações;

- Dificuldade em controlar os sintomas com as medicações disponíveis para uso subcutâneo em âmbito domiciliar e necessidade de internação hospitalar.

➢ MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES PARA USO SUBCUTÂNEO:

Nome Medicamentos	Dose	Diluição	Comentários
Ampicilina	1g/dia	SF 0,9% 50ml	Tempo de infusão: 20 minutos
Cefepime	1g 12/12h ou 8/8h	Reconstituir 1g em 10ml de água destilada e diluir em SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos Não há estudos para doses maiores
Ceftriaxone	1g 12/12h	Reconstituir 1g em 10ml de água destilada e diluir em SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos
Dexametasona	2-16mg a cada 24h	Diluir 1 ampola de dexametasona 1ml em SF 0,9% 1ml ou Diluir 1 ampola de dexametasona 2,5ml em SF 0,9% 2,5ml	Aplicação lenta Administração 1 ou 2 vezes ao dia, pela manhã Sítio exclusivo devido a incompatibilidade com outros medicamentos e risco de irritação local
Diclofenaco	75-150mg em 24h	SF 0,9% 30ml	Pode causar irritação local
Dimenidrinato	50-100mg em 24h	SF 0,9% 1ml	
Dipirona	1-2g até 6/6h	SF 0,9% 2ml	Aplicação lenta em *bolus*
Ertapenem	1g 24/24h	Reconstituir em 10ml de água destilada e diluir em 50ml de SF 0,9%	Tempo de infusão: 30 minutos O protocolo original (Forestier, 2012) propõe alternativa de infusão em *bolus* com diluição de 1g de ertapenem em 3,2ml de lidocaína 1% (sem epinefrina)
Escopolamina	20mg 8/8h até 60mg 6/6h	SF 0,9% 1ml (*bolus*)	Infusão em *bolus* ou contínua Não confundir com a apresentação combinada com dipirona
Fenobarbital	100-600mg/24h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos Pode causar dor e irritação local – se necessário, infundir mais lentamente Sítio exclusivo
Fentanil	A critério médico	Diluir 4 ampolas de fentanil 50mcg/ml em SF 0,9% 210ml	Infusão contínua a critério médico
Furosemida	20-140mg/24h	SF 0,9% 2ml (*bolus*) ou volumes maiores (infusão contínua)	
Haloperidol	0,5-30mg/24h	SF 0,9% 5ml	Para idosos frágeis, começar com a menor dose possível Se a solução preparada tiver concentração de haloperidol ≥ 1mg/ml, recomenda-se usar água destilada como diluente (risco de precipitação com SF 0,9%)
Levomepromazina	Até 25mg/dia	SF 0,9% 30ml	Fotossensível Infusão em *bolus* ou contínua Pode causar irritação local
Meropenem	500mg-1g 8/8h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40-60 minutos A solução é estável por 3h em temperatura ambiente após reconstituição ou por 15h sob refrigeração (Roberts *et al*, 2009)

Metadona	50% da dose oral habitual	SF 0,9% 10ml	Velocidade de infusão: 60ml/h Mudar o local de punção a cada 24h pelo alto potencial de irritação cutânea
Metoclopramida	30-120mg/dia	SF 0,9% 2ml (*bolus*)	Pode causar irritação local
Midazolam	1-5mg (*bolus*) 10-120mg/ dia (infusão contínua)	SF 0,9% 5ml (*bolus*) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Pode causar irritação local
Morfina	Dose inicial: 2-3mg 4/4h (*bolus*) ou 10-20mg/24h (infusão contínua)	Não requer diluição (*bolus*) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Infusão em *bolus* ou contínua Não existe dose máxima Iniciar com a menor dose possível em pacientes muito idosos, frágeis ou com doença renal crônica O intervalo entre as aplicações pode ser aumentado em pacientes com insuficiência hepática ou renal
Octreotide	300 - 900mcg/24h em *bolus* ou infusão contínua	SF 0,9% 5ml (*bolus*) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Armazenamento em refrigerador – deve atingir a temperatura ambiente antes da administração Sítio exclusivo
Olanzapina	5 -10mg 8/8h	Experiência ainda limitada no Brasil	
Omeprazol	40mg 24/24h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 4 horas Dose única diária Não mesclar com outros medicamentos
Ondansetrona	8-32mg/24h	SF 0,9% 30ml	Tempo de infusão: 30 minutos (risco de prolongamento do intervalo QT)
Ranitidina	50-300mg/24h	SF 0,9% 2ml	
Sumatriptano	6-12mg/dia	Experiência ainda limitada no Brasil	
Tramadol	100-600mg/24h	SF 0,9% 20ml (*bolus*) SF 0,9% 100mL (infusão contínua)	
Soluções			
Soro fisiológico 0,9%	Máximo 1500ml/24h por sítio	---	SF 0,45% segue as mesmas recomendações Volume de infusão máximo de 62,5ml/h Coxa é preferencial para volumes maiores Coxa é preferencial para volumes maiores
Soro glicofisiológico (2/3 SG 5% + 1/3)	Máximo 1500ml/24h por sítio	---	Volume de infusão máximo de 62,5ml/h
Soro glicosado 5%	Máximo 1000ml/24h por sítio	---	Volume de infusão máximo de 62,5ml/h Coxa é preferencial para volumes maiores
NaCl 20%	10-20ml/24h	SF 0,9% ou SG 5% 1000ml	Sempre requer diluição
KCl 19,1%	10-15ml/24h	SF 0,9% ou SG 5% 1000ml	Sempre requer diluição

- **COMPATIBILIDADE ENTRE AS MEDICAÇÕES:** Alguns medicamentos podem interagir entre si, quando administrados concomitantemente no mesmo sítio de punção, podendo alterar a eficácia dos mesmos. Portanto, é importante o conhecimento acerca dessas interações, conforme demonstrado na tabela abaixo:

MEDICAMENTOS	cefepime	ceftriaxona	dipirona	escopolamina	furosemida	haloperidol	levomepromazina	metoclopramida	midazolam	morfina	octreotida	ondansetrona	ranitina	tramadol	dexametasona
cefepime		C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
ceftriaxona	C		C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
dipirona	C	C		C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
escopolamina	C	C	C		C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
furosemida	C	C	C	C		C	C	I	I	I	I	C	I	C	I
haloperidol	C	C	C	C	C		C	C	C	C	I	C	I	C	I
levomepromazina	C	C	C	C	C	C		C	C	C	I	C	I	C	I
metoclopromida	C	C	C	C	I	C	C		C	C	I	C	I	C	I
midazolam	C	C	C	C	I	C	C	C		C	I	C	C	C	I
morfina	C	C	C	C	I	C	C	C	C		I	C	C	I	I
octreotida	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	I	C	I
ondansetrona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I		I	C	I
ranitidina	I	I	I	I	I	I	I	I	C	C	I	I		I	I
tramadol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C		I
dexametasona	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	

Fonte: Azevedo DL. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. Rio de Janeiro, SBGG, 2016.

➢ CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS A PUNÇÃO:

Monitorar o sítio da punção quanto a:

- Sinais de irritação local nas primeiras 4 horas.
- Sinais flogísticos: edema, calor, rubor e dor.
- Endurecimento.
- Hematoma.
- Necrose do tecido (complicação tardia).

Monitorar o paciente quanto a:

- Sinais de infecção: presença de febre, calafrio, dor.
- Cefaleia.
- Ansiedade.
- Sinais de sobrecarga cardíaca (taquicardia, turgência jugular, hipertensão arterial, tosse, dispneia).

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.

Se for observado edema local, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender a infusão.

- **Edema, calor, rubor ou dor persistente**:

Retirar acesso e fazer nova punção a pelo menos 5 cm de distância.

- **Celulite**:

Compressa gelada por 15 minutos.
Curva térmica.
Comunicar equipe médica – considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico.
Acompanhamento diário por enfermeiro.

- **Secreção purulenta**:

Retirar acesso.
Drenagem manual.
Limpeza com SF 0,9% e aplicação de clorexidina alcoólica 5%.
Curativo oclusivo com troca pelo menos a cada 24h.

Comunicar equipe médica – considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico.
Acompanhamento diário por enfermeiro.

- **Endurecimento**:

Retirar acesso.
Fazer nova punção a, pelo menos, 5 cm de distância.
Observação: pacientes com câncer avançado e comprometimento da rede ganglionar podem apresentar edema de parede abdominal que se confunda com infiltração local e endurecimento.

- **Hematoma:**

Retirar acesso.
Aplicar polissulfato de mucopolissacarídeo (Hirudoid®) com massagem local 4/4h
Fazer nova punção com cateter não-agulhado.
Observação: em pacientes com risco de sangramento, indica-se a punção em flanco, em altura entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca, pois é a região menos vascularizada do abdômen.

- **Necrose;**

Retirar acesso.
Curativo diário – avaliar indicação de debridamento com hidrogel.
Acompanhamento diário por enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ AZEVEDO DL. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. Um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. Rio de Janeiro, SBGG, 2016.
- ✓ 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. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html Acesso em 09 maio, 2017.
- ✓ BRUNO, V.G. **Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica**. Einstein, v.13, n.1, p.122-8, 2015
- ✓ FLORIANI CA; SCHRAMM FR. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 9, p. 2072-2080, set, 2007.
- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
- ✓ CARVALHO RT; PARSONS HA. **Manual de Cuidados Paliativos** ANCP. 2ª Ed. 2012
- ✓ Conselho Nacional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo, 2008
- ✓ Conselho Nacional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008
- ✓ MOREIRA LML. **Hipodermóclise: uma forma de dignificar a "vida" na prestação de cuidados de saúde no domicílio**. Lisboa, 2010.
- ✓ BRUNO VG. **Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica**. Einstein, 2015
- ✓ VIDAL FKG et al. **Hipodermóclise: revisão sistemática da literatura**. Rev. de Atenção à Saúde, v. 13, n 45, p. 61-69, jul/set, 2015
- ✓ OLIVEIRA NETO AV; DIAS MB. **Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?** Divulgação em saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, out 2014
- ✓ FLORIANI CA; SCHRAMM FR. **Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20 n. 4, p. 986-994, jul-ago, 2004
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- ✓ COUTINHO MHB, SANTOS SRG. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. 1 Ed. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília – DF 2012. p 25
- ✓ MANSUR NS. NISHIO EA. **Protocolo terapia medicamentosa,** 3° ed. São Paulo. Editado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) – Unidades Afiliadas, 2013. 247p.
- ✓ VALLERAND AH, SANOSKI CA, DEGLIN JH. **Davi's Canadian Drug Guide for Nurses**, 50™ ed. Institute for safe medication practices Canada. F.A. Davis, 25 de maio de 2016- 1942p
- ✓ World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/# Acesso em 09 maio, 2017.

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA**	**POP 020** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Administração de droga diretamente na veia, para se obter ação imediata. Permite substâncias com pH diferente da neutralidade e grandes volumes.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos, por via intravenosa.
3. **PRESCRITORES:** Médico.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento, Álcool a 70%, Bolas de algodão ou swab, Seringa, Agulha, Garrote, Scalp, Jelco, Diluente (água destilada ou solução fisiológica 0,9% ou outra conforme prescrição) e Medicamento ou Solução.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Higienizar as mãos; • Identificar local com boa iluminação, sempre que possível; • Reunir material; • Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose necessária e apresentação; • Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador; • Preparar o medicamento no momento imediato da administração; • Expor a área de aplicação, verificando as condições das veias; • Calçar luva de procedimento, fazer a antissepsia com álcool a 70% por 1 minuto; • Garrotear o local que vai ser puncionado (aproximadamente 4 cm acima da veia escolhida); • Solicitar ao paciente que abra e feche a mão do membro que vai ser puncionado, para salientar a rede venosa, se necessário; • Solicitar ao paciente que mantenha a mão fechada e o braço imóvel; • Introduzir com a mão dominante a agulha paralelamente à pele com bisel voltado para cima a 30 ° ou menos; • Puxar o êmbolo da seringa, com a mão não dominante até que venha o sangue ou aguardar refluir sangue através do cateter; • Soltar o garrote e pedir ao paciente que abra a mão, encaixar o conector, equipo de medicação ou a seringa no cateter; • Infundir a medicação; • Retirar a agulha do membro puncionado com um movimento único, comprimindo o local com um algodão seco ou swab por três minutos; • Observar se o paciente por alguns minutos dependendo da recomendação de acordo ao medicamento infundido, mantendo-o em repouso; • Recolher o material deixando o ambiente em ordem e desprezando adequadamente; • Retirar a luva e higienizar as mãos; • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preparo incorreto do medicamento (medicamento e dose);
- Administração incorreta do medicamento (dose, horário e via);
- Infecção;
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- Fazer rodízio do local, caso sejam necessárias aplicações rotineiras;
- O garrote não pode ser mantido no local por mais de 1 minuto;
- Caso tenha atingido um vaso sanguíneo acidentalmente sem a punção devida, com refluxo para o interstício tecidual, trocar a agulha e reiniciar o processo em outro local e veia;
- Verificar e registrar qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente, durante e após administração de medicamentos;
- Após retirar o dispositivo de punção, orientar pra não fletir os braços, nem pegar peso por pelo menos 5 minutos, para evitar hematomas;
- A observação do local da punção deve ser rigorosa, o extravasamento intravenoso (infiltração) para o tecido subjacente, poderá trazer complicações para o paciente;
- Todos os incidentes relacionados a medicamento, devem ser notificados a Chefia de Enfermagem/Médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. **Aprova a Norma Regulamentadora nº 32** (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- COUTINHO M.H.B, SANTOS S.R.G. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** 1 Ed. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília – DF 2012. p 25
- MANSUR N.S. NISHIO E.A. **Protocolo terapia medicamentosa**, 3° ed. São Paulo. Editado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) – Unidades Afiliadas, 2013. 247p.
- VALLERAND AH, SANOSKI CA, DEGLIN JH. **Davi's Canadian Drug Guide for Nurses**, 50™ ed. Institute for safe medication practices Canada. F.A. Davis, 25 de maio de 2016- 1942p
- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamento, via de administração, administração de medicamentos	**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INALATORIA**	**POP 021** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Preparar e administrar medicamento por via Inalatória, utilizando nebulizador/inalador.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes com prescrição de medicamentos, por via inalatória, utilizando nebulizador/inalador, no domicilio.
3. **PRESCRITORES:** Médico, Enfermeiros.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Receita prescrição, aparelho nebulizador/inalador, medicamento, solução fisiológica ou outra solução.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Cuidador/familiar, Paciente.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Higienizar as mãos; • Reunir material; • Verificar se a máscara de Inalação está devidamente higienizada; • Separar medicamento do paciente, conferir: validade, dose necessária e apresentação; • Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico; • Colocar o medicamento na dosagem prescrita (de acordo com a prescrição médica) no copo de inalação e conectar o reservatório a máscara do nebulizador/inalador; • Orientar o paciente e/ou cuidador, sobre o medicamento que está sendo administrado; • Pedir e orientar ao cliente para segurar o copo e colocar a máscara envolvendo a boca e nariz; • Ligar o aparelho; • Orientar o paciente, quando possível, a respirar tranquilamente e a segurar o inalador; • Verificar se o paciente mantém a posição correta da cabeça e do nebulizador/inalador junto à face; • Após o procedimento, fazer ou orientar higiene oral, se necessário; • Recolher material; • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade ou na receita médica se for o caso.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preparo incorreto do medicamento (nome do medicamento e dose e horário);
- Administração incorreta do medicamento (dose e via);
- Eventos Adversos;
- Falha no registro.

OBSERVAÇÕES:

- Quando houver medicamento de alta vigilância, deve-se fazer a dupla checagem dos dados e ter atenção redobrada, inclusive verificar se o cuidador/familiar tem condições;
- Verificar e registrar qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente, após à administração de medicamentos;
- Todos os incidentes relacionados a medicamento, devem ser notificados a Enfermeira e ou Médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. **Aprova a Norma Regulamentadora nº 32** (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1.
- ✓ CAMARGNANI MIS et al. **Procedimentos de Enfermagem** – Guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.
- ✓ LYNN P. **Manual de Habilidades de Enfermagem** Clínica de Taylor. Porto Alegre: Artmed; 697-703.2012.
- ✓ CARVALHO VS, SILVA V, GARCIA, QCSO, SILVA LMG. **Boas práticas de Enfermagem na administração na administração de medicamentos**. In Viana DL. Boas práticas de Enfermagem. Yendis Editora. 2010.
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: uso de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**	**POP 022** Emissão: Validade: anos

1. **OBJETIVO**: Orientar o paciente quanto ao acesso aos medicamentos disponíveis no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – SES.
2. **APLICAÇÃO**: Aplica-se aos pacientes que necessitem de medicamentos disponibilizados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
3. **PRESCRITORES**: Médico (a).
4. **MATERIAIS**: Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos Especiais **(**LME), Receita, Termos de Esclarecimento de Responsabilidade, Escala de Dor LANNS (se necessário), Exames Complementares, Relatório Médico (se necessário) e outros exigidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
5. **EXECUTORES:** Médico (a) e farmacêutico (a)

DESCRIÇÃO

AÇÕES
MÉDICO (A): Preenchimento dos Termos: • LME; • Termos de Esclarecimento e Responsabilidade; • Escala de Dor LANNS (se necessário); • Receita Médica (com identificação do paciente em duas vias, legível, com nome do princípio ativo, dosagem e posologia); • Solicitação de Exames de acordo com o diagnóstico. • Preenchimento de toda a documentação necessária exigida nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para acesso ao medicamento • Registro da solicitação do medicamento no prontuário domiciliar e da Unidade **FARMACÊUTICO (A):** • Orientação ao prescritor e ao paciente/cuidador sobre a disponibilidade do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, documentação necessária para acesso ao medicamento e locais de dispensação • Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Preenchimento inadequado dos termos, do princípio ativo e dosagem; e do Termo de Responsabilidade.
- Solicitação do medicamento para CID não contemplado.

OBSERVAÇÕES:

- Atentar para o preenchimento correto das documentações exigidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas disponíveis em: http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/

- Realizar renovação dos Termos e Receita Médica, a cada 3 meses, de acordo com as exigências dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (alguns medicamentos necessitam apresentar exames)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

✓ Fonte: www.saude.sp.gov.br

Descritores: Cateter central de inserção periférica	**CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA – PICC**	**POP 023**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Padronizar instalação e manutenção do CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) no atendimento domiciliar.
2. **APLICAÇÃO**: Aplica-se aos pacientes que necessitem de medicação parenteral de longa duração e/ou apresentem dificuldade na manutenção do AVP de curta duração; Manutenção de acesso venoso profundo por tempo prolongado; evitar risco de infecção por inúmeras punções sem sucesso; Administração de medicações vesicantes.
3. **PRESCRITORES**: Médico (a) e Enfermeiro(a)
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** 1 pacote de curativo, 1 tesoura estéril, 1 campo fenestrado estéril, 3 campos simples estéreis, 2 gorros, 2 óculos, 2 máscaras, 2 aventais descartável, 2 pares de luvas cirúrgicas, 3 escovas embebidas com clorexidina degermante, 1 frasco de clorexidina alcoólica 2%, 1 frasco de álcool 70%, 5 ampolas de solução fisiológica 0,9%, 2 seringas de 10ml, 2 agulhas hipodérmicas 40X12, 1 equipo extensor dupla via, 1 garrote, 10 pacotes de gazes estéreis, 1 compressa estéril, 1 fita métrica não estéril, 1 cateter de calibre adequado ao paciente, 1 introdutor, Fita adesiva tipo micropore 2,5cm, Curativo transparente IV 3000 grande 6X7cm, 1 caixa de perfurocortante
5. **AGENTES EXECUTORES: para passagem do PICC:** Médico (a) e Enfermeiro (a)
   para curativo do PICC: Enfermeiro (a)

DESCRIÇÃO

AÇÕES
TÉCNICA DE INSERÇÃO
• Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado. • Prescrição médica e de enfermagem. • Higienize as mãos (**POP 001**); • Prepare o material necessário em local limpo próximo ao paciente, e coloque-o sobre local adequadamente higienizado e sem outro utensílio. • Abra os materiais sobre o local escolhido com técnica asséptica; • Oriente e esclareça sobre o procedimento ao paciente/familiares e registre no prontuário; • Posicione o paciente em decúbito dorsal, avalie e escolha o local da punção; • Se membro superior, coloque o membro selecionado para punção em ângulo de 90º em relação ao tórax; • Mensure com a fita métrica e anote as medidas: • Para punção de membros superiores: Circunferência braquial (2 cm acima do local escolhido para punção) e a distância entre o ponto de punção e a articulação escapulo-umeral, deste ponto até a fúrcula esternal direita e em seguida até o 3º espaço intercostal direito. • Para punção de veia jugular externa – do ponto de inserção ao 3o espaço intercostal direito; • Disponibilize os materiais estéreis no campo estéril sobre o local; • Realize a degermação das mãos, antebraços e cotovelos, e seque-as; • Coloque o avental estéril, solicite auxilio na sua paramentação; • Calce as luvas estéreis; • Organize os materiais estéreis sobre a mesa e separe a etiqueta adesiva que contém o número do lote do cateter para anexar na ficha de monitoramento do PICC. • Com auxílio de um profissional da enfermagem, preencha o cateter com solução fisiológica observando se há vazamento ao longo do cateter, mantendo a seringa conectada; • Tracione o fio guia do cateter até a demarcação correspondente à mensuração realizada no paciente; • Corte o cateter na demarcação.

- Realize a degermação do local de punção com clorexidina degermante;
- Realize a antissepsia do local de punção com clorexidina alcoólico no mínimo 3 vezes;
- Com auxílio de um profissional da enfermagem, coloque um campo estéril com técnica asséptica sob o local a ser puncionado e posicione-o para a punção;
- Coloque um campo cobrindo o tórax e face do paciente e o campo fenestrado no local da punção;
- Coloque o cateter preenchido, introdutor e pinça sobre o campo;

Membro superior:

- Garroteie o membro - Realize a punção venosa, observe se há refluxo sanguíneo, solte o garrote e retire o mandril do introdutor, concomitante a sua progressão;
- Posicione a cabeça do paciente, lateralizando e fletindo para o mesmo lado do braço puncionado, em direção ao ombro.

Jugular:

- Lateralize a cabeça do paciente do lado oposto ao puncionado;
- Realize a punção venosa, observe se há refluxo sanguíneo e retire o mandril do introdutor concomitante a sua progressão;
- Introduza o cateter lentamente com a pinça anatômica através do introdutor. Durante a introdução aspire e injete solução fisiológica, observando se há refluxo sanguíneo e boa infusão;
- Mantenha a estabilização do introdutor com a mão não dominante;
- Introduza o restante do cateter com a pinça até sua marcação inicial;
- Rompa cuidadosamente o introdutor e remova-o totalmente;
- Remova lentamente o fio guia;
- Teste a permeabilidade do cateter, observando refluxo sanguíneo e infusão;
- Realize a limpeza do local de inserção com gaze embebida com SF 0,9% seguido de clorexidina alcoólica;
- Fixe as aletas do cateter com fita microporosa hipoalergênica estéril de forma segura para garantir a estabilidade do mesmo;
- Realize o curativo com gaze e filme transparente;
- Permeabilize o cateter e fixe o tubo extensor na pele com micropore;
- Retire os campos do paciente e os despreze em local apropriado;
- Coloque o paciente em posição confortável;
- Retire a paramentação e coloque os aventais em local apropriado;
- Coloque o material descartável em saco plástico para resíduos;
- Coloque o material perfurocortante descartável em caixa apropriada;
- Separar o instrumental;
- Retire as luvas, descarte no saco para resíduos e higienize as mãos;
- Calce luvas de procedimento;
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada e encaminhe ao expurgo;
- Descarte os perfuro cortantes e o saco para resíduos em local adequado. Acondicione os instrumentais em local apropriado;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%;
- Retire as luvas de procedimento e despreze-as em lixo apropriado;
- Higienize as mãos (**POP 001**);
- Oriente o paciente sobre os cuidados para a manutenção do cateter;
- Preencha a ficha de monitoramento do cateter de PICC;
- Cole a etiqueta da embalagem descritiva do cateter na ficha de monitoramento do PICC;
- Solicite e providencie Raio-X para confirmar o posicionamento do cateter;
- Certifique-se com o médico a posição do cateter e autorização por escrito de uso com o resultado do Raio-X e anexe ao prontuário do paciente;
- O cateter é liberado para uso, quando se constata, por imagem radiográfica, que sua ponta está alocada no terço inferior de veia cava superior, quando inserido nas veias dos membros superiores ou da região

cefálica; ou no terço superior de veia cava inferior, se inserido por veias de extremidades inferiores (DOREA, et al, 2011).
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

CURATIVO:
PROCEDIMENTO:
- Lavar as mãos (**POP 001**);
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior com cuidado para não tracionar o PICC;
- Jogar fora o curativo em lixo contaminado;
- Trocar de luvas para estéril;
- Realizar antissepsia do local com clorexidina alcoólica com cuidado para não tracionar o PICC;
- Secar com gaze estéril;
- Aplicar curativo transparente;
- Datar o local em fita própria;
- Orientar o paciente a proteger o local do curativo durante o banho;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:
- Flebite, extravasamento, sangramento, edema do membro puncionado e dor referida pelo paciente;
- Rompimento do cateter por pressão no momento da administração da medicação;
- Remover ou Recolocar do cateter por manipulação errada.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador/ familiar deverão assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- O curativo deve ser realizado SOMENTE pelo enfermeiro e pode ser auxiliado pela equipe de enfermagem;
- Deve ser realizado a troca do curativo a cada sete dias ou caso esteja solto ou risco de contaminação, para evitar infecção do sítio de inserção.
- Quanto a competência legal:

[...] *do questionamento quanto a passagem e a retirada do cateter venoso central de inserção periférica – PICC, inclusive o guiado por ultrassom, o procedimento não constitui ato médico, assim como a prática da anestesia local pelo Enfermeiro para inserção do PICC, pois as ações de enfermagem relacionadas à cateterização percutânea estão determinadas pelo Conselho Federal de Enfermagem como sendo privativas do Enfermeiro. Neste contexto, o profissional necessita estar treinado e capacitado, pois além da habilidade técnica, o Enfermeiro deve apresentar competência científica e conhecimento a respeito das normas regulamentadoras e dos princípios éticos para uma prática segura*. [...] (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2013).

[...] *o Enfermeiro com curso de Capacitação/Qualificação para Inserção do PICC, em instituição que possua protocolo que normatize a aplicação de anestésico local pelo Enfermeiro, e treinamento do profissional para esta atividade, poderá realizar o procedimento de anestesia local, com a lidocaína 1% e 2% sem vasoconstritor, no tecido subcutâneo, com a finalidade de inserção do PICC*. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2014).

- **MANUTENÇÃO DO PICC:**

- Deve-se realizar a manutenção da perviedade do PICC realizando antes, a aspiração do cateter assegurando sua localização e em seguida administrando 1ml de solução salina a 0,9%, antes e após a administração da medicação quando houver.
- O local de inserção do PICC deve ser avaliado sempre que for realizar a medicação e quando sem semanalmente pelo enfermeiro;
- A equipe deve estar atenta aos sinais de flebite, extravasamento, sangramento, edema do membro puncionado e dor referida pelo paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ SIQUEIRA E SOUZA, **cuidados de enfermagem no cateter central de inserção periférica no recém-nascido** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 15, n. 1, p. 139-151, jan./jul. 2017;
- ✓ POTTER & PERRY- **Procedimentos e intervenções de enfermagem**- tradução da 5ª. edição-organização Anne Griffin Perry, Patrícia Potter, Martha Keene Elkin, tradução de Sylvia Mariângela Spada...etal, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013;
- ✓ SPDM- Hospital Universitário UNIFESP **Procedimento operacional padrão: Passagem do Cateter Central de Inserção Periférica** (PICC)-02/2017;
- ✓ PARECER CT COREN-SP 043 /2013 PRCI n° 100.988 Tickets nº 280.394, 280.449, 286. 884, 297.386, 299.915 Revisão e atualização em Junho de 2014: http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/Protocolo-PICC.pdf consultado em 08/12/2017
- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: sonda, sonda enteral, terapia nutricional, duodeno, jejuno	**CATETERISMO NASOENTERAL**	**POP 024**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: quando o paciente não consegue manter uma alimentação pelo método convencional, ou seja, via ingestão oral.
2. **APLICAÇÃO**: impossibilidade na deglutição
3. **PRESCRITORES**: Médicos e Enfermeiros
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Sonda Nasoenteral de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12 F. Luvas de procedimento. Mandril (fio guia). Gazes. Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água. Seringa 20 ml. Copo com água filtrada ou fervida. Estetoscópio. Fita adesiva não alergênica
5. **AGENTES EXECUTORES:** MEDICOS e ENFERMEIROS

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Reunir o material próximo do leito.
- Proteger o paciente com uma toalha.
- Lavar as mãos e calçar luvas.
- Retirar próteses dentárias, se necessário.
- Posicionar o paciente em semi-fowler, mantendo a cabeça em posição de deglutição (fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.
- Solicitar ao paciente que faça (ou fazer por ele) a higiene das narinas com gazes
- Examinar as narinas para detectar possíveis anormalidades.
- Perguntar ao paciente sobre preferência (narina D ou E).
- Testar as narinas e introduzir o cateter lubrificado na narina mais desobstruída.
- Medir o cumprimento do cateter, a partir do lóbulo da orelha até a base do nariz e dessa até a parte inferior do apêndice xifoide, acrescentando mais 5 a 10 cm. Marcá-la com micropore para visualizar o tamanho do cateter a ser introduzida.
- Passar o cateter até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás.
- Quando o cateter alcançar a orofaringe solicitar que o paciente que inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um gole d'água, para ajudar na progressão do cateter para o esôfago.
- Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência.
- A rotação suave pode ajudar.
- Continuar a progressão do cateter até a marca definida.
- Suspender a progressão do cateter caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispneia ou cianose.
- Verificar se o cateter está no estômago, utilizando sempre os testes abaixo:
    - Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada o cateter poderá estar localizado na traqueia.
    - Mergulhar a ponta externa do cateter na água e pedir para que o paciente expire.
    - Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.
    - Adaptar uma seringa na ponta externa do cateter, insuflar ar (10 ml) e auscultar o estômago com estetoscópio.
    - A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.
    - Aspirar com a seringa conectada no mandril, verificando o retorno de liquido gástrico e se necessário para avaliação diagnóstica pode coletar material para medir o pH (pH gástrico <5).
    - Retirar o mandril com cuidado (após lubrificação se necessário).

- Verificar a posição do cateter, novamente, injetando ar em bolo.
- Na ausência de ausculta ou de retorno, repassar do cateter.

- Fechar a conexão do cateter.
- Retirar as luvas.
- Fixar o cateter e deixar o paciente confortável.
- Guardar o mandril na embalagem original do cateter, adequadamente enrolado e identificado, para repassar o cateter se necessário;
- Lavar as mãos.
- Solicitar RX para certificar-se do posicionamento do cateter, sempre que necessário.
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação do paciente por infecção cruzada;
- Lesão de pele e mucosa
- Cateter não locado pós-pilórica
- Administração de dieta sem ter confirmado localização

OBSERVAÇÕES:

➢ Se a posição pós-pilórica do cateter for indicada:

- Antes do procedimento, administrar a medicação gastro-cinética prescrita.
- Acrescentar 15 a 20 cm, conforme a constituição do paciente e posição desejada, à distância medida para posição gástrica.
- Introduzir o cateter até o estômago.
- Retirar o mandril.
- Realizar os testes já descritos.
- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito durante 2 a 3 horas, para favorecer a migração.
- Após este tempo, aspirar liquido duodenal e medir o pH (pH duodenal: 6 a 8).
- Encaminhar o paciente para o RX no mínimo 3 horas após o cateterismo.

➢ Infusão e Manutenção do cateter:

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água, ou SF ou AGE.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- Umidificar os lábios e as narinas para prevenir a formação de crostas.
- Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- Os cateteres têm durabilidade de 30 a 60 dias (poliuretano) e 6 meses (silicone), se mantidas adequadamente.
- Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, removendo o sabão, utilizando uma seringa.
- Verificar a integridade do cateter; se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezá-lo.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar o cateter com 10 a 30 ml de água filtrada ou fervida (nesse caso aguardar amornar para realizar o procedimento), antes e após administrar medicamentos, nutrição enteral e aspirar suco gástrico.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando o cateter entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.

- Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoina, captopril e quinilonas.
- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, com seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.
- Verificar a posição do cateter, por aspiração de liquido gástrico/duodenal e ausculta de borborigmo na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo: Cada vez que for instalar o frasco de nutrição enteral, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade do cateter pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).
- Quando o acesso pós-pilórico for necessário, recomenda-se o controle de pH do liquido aspirado uma vez ao dia (pH duodenal = 6 a 8). A passagem transpilórica espontânea do cateter ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- ✓ Manual de Nutrição Enteral. Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral do HSP. Goulart AL, coordenadora. São Paulo: UNIFESP/HSP; 2000. 69p
- ✓ CARMAGNANI MIS et al. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**, São Paulo, Inter livros, 2000.
- ✓ NETTINA SM. **Práticas de Enfermagem**, 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.
- ✓ MATSUBA CST. **Boas práticas de enfermagem em nutrição e terapia nutricional enteral** In: Viana DL. Boas práticas de enfermagem. Ed. Yendis. São Paulo.2010. 145-75.
- ✓ CIOSAK SI, MATSUBA CST, SILVA MLT, SERPA LF, POLTRONIERI MJ. **Projeto Diretrizes**. Acesso para terapia de nutrição parenteral e enteral. AMB. 2011.
- ✓ BANKHEAD R, BOULLATA J, BRANTLEY S et al. **Enteral nutrition practice recommendations. Journal of parenteral and enteral nutrition**.2009;33(2):122-67.

Descritores: Nutrição enteral Dieta enteral, domicilio, administrar dieta enteral	**TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL (TNE)**	**POP 025** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Promover e garantir a segurança na administração da dieta enteral caseira ou industrializada. Oferecer alimento na forma líquida e intermitente aos pacientes incapazes de deglutir ou desnutridos. Orientar/capacitar o cuidador nos cuidados com a dieta enteral e/ou artesanal do paciente.
2. **APLICAÇÃO**: A TNE consiste na administração de nutrientes pelo trato gastrointestinal, através de um tubo, sondas ou estomas, localizadas no tubo digestivo. É empregada quando o paciente não pode ou não deve se alimentar por via oral (via oral contraindicada) ou quando a ingestão oral é insuficiente. Para que ocorra a indicação da Terapia Nutricional Enteral (TNE) é necessário que o trato digestivo esteja total ou parcialmente funcionante.
3. **PRESCRITORES**: Médico, Nutricionistas e Enfermeiros
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Dieta enteral, equipo azul para dieta, frasco e seringa de 20ml, luvas de procedimento, estetoscópio, saco plástico para descarte de resíduos.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe de Enfermagem, Nutricionista e Cuidador/ familiar.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Verificar prazo de validade
- Lavar parte externa do recipiente ou embalagem. Após a primeira manipulação da dieta líquida, armazenar em refrigeração por até 24 horas e consumir dentro deste período.
- Retirar da refrigeração de 30 minutos a 1 hora antes da administração, até atingir a temperatura ambiente. Não submeter a nenhum tipo de aquecimento, exemplo: fogão e/ou micro-ondas.
- Agitar suavemente para homogeneizar antes de administrar
- Elevar decúbito 30ºC a 45ºC
- Forma de administrar - ***Intermitente:***
  - **Em bolo**: é administrado através de uma seringa conectada à sonda do paciente, a cada 24 horas. A regularidade e o volume dependem da condição do paciente. Geralmente o volume administrado demora menos de 15 minutos, ou seja, por ser administrado muito rapidamente, deve ser utilizado com atenção, para evitar qualquer tipo de transtorno gástrico. A alimentação é infundida de 5 a 8 vezes ao dia.
  - **Gravitacional**: é utilizada a força da gravidade para a administração da dieta. O frasco descartável fica pendurado no suporte apropriado e a dieta é gotejada mais lentamente do que na forma em bolo, como descrita anteriormente, o que faz com que o paciente, muitas vezes, tolere melhor a dieta.
- ***Procedimento adequado***:
  - Após colocar o volume da dieta prescrita no frasco descartável, conecte o equipo azul. Feche a pinça do equipo e suspenda o frasco a uma altura de mais ou menos 60 a 80 cm da cabeça do paciente. Abra a pinça para que a dieta corra pelo equipo evitando formação de bolhas de ar.
  - Deixe a dieta escorrer por todo o equipo, até a outra extremidade. Feche a pinça novamente. Conecte a outra ponta do equipo na sonda do paciente, abra a pinça e regule a velocidade de gotejamento. Ao finalizar o gotejamento, que poderá demorar de 30 minutos a 2 horas, dependendo da velocidade de gotejamento (60 a 80 gotas/minuto), infundir 20 a 40 ml de água com seringa, diretamente na sonda do paciente, para lavá-la. Feche a sonda e espere o próximo horário de infusão.
- Em paciente com gastrostomia- abra o cateter, conecte a seringa de 10mL vazia e aspire para verificar a permeabilidade e se está locada (pela presença de resíduo gástrico).
- Em paciente com cateter enteral, abra o cateter, conecte a seringa vazia e aspire. Caso não haja retorno de resíduo, injete 10 ml de ar e ausculte o quadrante superior esquerdo do abdome (em cateter pós pilóricos pode não haver resíduo ao aspirar).

- Verifique também se a fixação do cateter está correta e se não há deslocamento do mesmo.
- Inicie a infusão da dieta e calcule o gotejamento para término da administração no prazo de 90 a 120 minutos.
- Após a infusão da dieta, lavar o cateter com 20 a 40 ml água (jato rápido)
- Água filtrada, fervida ou mineral, para hidratar (conforme orientação nutricional)
- Manter decúbito 30 minutos a 1 hora após administração da dieta
- Deixe o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas e distensão abdominal.
- Cheque e anote o procedimento realizado. Registre a verificação da fixação da sonda, o teste de refluxo e ausculta.
- Registre o procedimento realizado no prontuário domiciliar e da Unidade. Incluir o volume administrado no balanço hídrico e intercorrências (se houver), assinar e carimbar.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Administração de dieta em paciente errado
- Obstrução do dispositivo por não lavar a sonda entre as dietas
- Instalação/administração da dieta em via intravenosa
- Não administração de uma dieta
- Administrar dieta em paciente em jejum

OBSERVAÇÕES:

- Se ao Inspecionar o frasco observar a presença de alterações não promover a administração da mesma, comunicar a enfermeira ou nutricionista.
- Qualquer dúvida não continue o procedimento e solicite avaliação de um enfermeiro ou médico.
- A dieta após iniciada administração tem validade de até 180 min.
- Nunca misture um medicamento com a dieta do paciente, ou com outro medicamento
- Nunca feche o dispositivo, sem antes lavar o sistema. Lavar o sistema conforme as orientações, previne obstruções da sonda.
- Caso ocorra obstrução da sonda somente tente desobstruí-la utilizando água morna.
- Deve-se evitar interromper a infusão da dieta para procedimentos como aspiração traqueal, fisioterapia, reposicionamento do paciente no leito, cuidados e higiene corporal, oral, transporte e outros que envolvam movimentação do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- PORTARI PEF. **Terapia Nutricional e cirurgia**. In: Manso JEF, Silva AO. Programa de atualização em cirurgia (PROACI). Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- BAXTER, Y. C.; WAITZBER, D. L.; RODRIGUES, J. J. G.; PINOTTI, H. W. Critérios de decisão na seleção de dietas enterais. In: WAITZBERG, D. L (Ed). **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 41, p. 659-676
- **Protocolo de terapia nutricional enteral e parenteral da comissão de suporte nutriciona**l – Hospital Clínicas – UFG.
- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: gastrostomia, domicilio, troca de botton	**TROCA DA GASTROSTOMIA E CUIDADOS**	**POP 026**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Realizar a troca de sonda de gastrostomia
2. **APLICAÇÃO**: Em pacientes em uso de gastrostomia em que a troca da sonda se faz necessária.
3. **PRESCRITORES**: Médicos.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Dispositivo balonado ou com haste, Lubrificantes hidrossolúveis, Água estéril, Seringa de 5 ml, Adaptador de sonda (opcional), Luvas de procedimento, Campo, Medidor de estoma para gastrostomia, Bandagem de espuma.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico (a) e Enfermeiro (a) auxiliados por equipe de enfermagem

DESCRIÇÃO

AÇÕES

TROCA:

- Higienizar as mãos (**POP 001**)
- Selecionar o material adequado em um local limpo
- Verificar integridade do balonete do novo dispositivo, instilando água estéril
- Lubrificar o dispositivo reservando-o sobre uma gaze,
- Preparar seringa com a quantidade de água estéril recomendada pelo fabricante ou adaptada de acordo com o cliente,
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal
- Colocar campo sobre o abdome do paciente abaixo do local da gastrostomia
- Retirar toda água do balonete do dispositivo a ser removido e medir o volume
- Remover o dispositivo antigo (quando balonada, conectando uma seringa vazia à porta do balão e desinssufla o balão) puxando o dispositivo pelo estoma e descarte-o
- Limpar a região periestoma com gaze e água
- Insira-a suavemente no estoma o novo dispositivo respeitando a angulação o trajeto fistuloso e o nível cutâneo, a uma profundidade pré medida que pode ser aproximada da sonda removida.
- Inflar o balonete com água previamente preparada na seringa acoplando-a ao dispositivo.
- Observar posicionamento final e permeabilidade introduzindo um tubo extensor e infundindo cerca de 20 mL de água.
- Limpar e secar bem o local da gastrostomia.
- Girar o dispositivo em 360º para verificar se gira livremente e se há um espaço de 3 a 5 mm entre dispositivo e pele.
- Auscultar os ruídos hidroaéreos após a substituição do dispositivo.
- Fixar na posição correta com âncora externa.
- No caso de dispositivos com disco ou placa de fixação externa: a placa deve ficar em contato com pele da parede abdominal, sem exercer pressão na pele.
- Lave as mãos.
- Anotar o procedimento em prontuário domiciliar e da unidade (Registrar data, hora, fabricante, diâmetro, comprimento, volume injetado no balonete, especificar a tolerância do procedimento pelo paciente, bem como se a permeabilidade foi verificada).

CUIDADOS

Na presença de granuloma:
Realizar higiene da pele perístoma durante o banho com sabonete neutro ou pH levemente ácido diariamente; aplicar gaze embebida com NaCl 20%, mantendo sobre o granuloma por 10 minutos, repetir três vezes ao dia, secar a pele ao retirar a compressa manter protegido com gaze seca.

Na presença de vazamento de dieta pela inserção:
Verificar a quantidade de água destilada no balão da sonda gástrica e se necessário trocá-la, manter o volume total indicado no dispositivo da sonda.
Na presença de estoma dilatado:
Esvaziar o balão da sonda; retirar a sonda no período da noite, fazendo curativo oclusivo no local; manter ocluído por seis a oito horas, para que a o estoma contraia e diminua o seu diâmetro. Após este período, repassar a sonda utilizando xilocaína gel; preencher o balão com água destilada conforme indicação do fabricante
Na presença de monília:
Realizar higiene da pele periestoma com água boricada a 3%, no mínimo três vezes ao dia; Se persistir: Aplicar hidrofibra na inserção da gastrostomia, cobrir com gaze e fita microporosa com trocas quando necessário.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação do paciente por infecção cruzada
- Não realização do giro de 360º
- Não fixação adequada do dispositivo
- Saída do dispositivo
- Lesão de pele

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10).**
- Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral.
- Uma vez o estoma formado (após cerca de 7 dias), a região da inserção do dispositivo pode ser lavada diariamente no banho com água e sabão com pH neutro ou levemente ácido e posteriormente limpar com clorexidina aquosa cada 48h, se sinais flogísticos.
- A jejunostomia é um procedimento cirúrgico que permite o acesso direto ao jejuno. Este método pode ser usado quando é preciso evitar a passagem do alimento pelo estomago. Os cuidados locais com a pele são similares ao da gastrostomia.
- Em caso de vazamento de líquido gástrico (gastrostomia) / jejunal (jejunostomia) ou de dieta, sinais de dermatite perístoma ou de infecção (eritema, calor, dor, edema, secreção), solicitar avaliação médica.
- Em caso de saída acidental do dispositivo, passar um dispositivo novo urgente, podendo até ser a foley desde que troque pela indicada na sequência para não se perder o pertuito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CARNIER, A.C., SILVA, M.A.S., BATISTA, A.L., THUM, M., PAULA, M.A.B.. Descrevendo a técnica de troca do dispositivo de gastrostomia em âmbito domiciliar.
- CRAWLEY-COHA T. (2004). **A practical guide for the management of pediatric gastrostomy tubes based on 14 years of experience**. Journal of wound, Ostomy and Continence Nursing 31(4), 193-200.
- CARMAGNANI MIS et al. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**, São Paulo, Interlivros. 2000.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO-SP. PARECER COREN-SP 045/2012 – CT. Troca de sonda de Gastrostomia, Jejunostomia. Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Disponível em: http://portal.coren
- RESOLUÇÃO COFEN Nº 453 DE 16/01/2014. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Disponível em: http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=264977 . Acesso em: 21 out. 2014.
- PARECER COFEN N. 579/2013 – emissão de Parecer sobre o exercício legal e competência do profissional enfermeiro referente a troca da sonda de gastrostomia e jejunostomia http://www.cofen.gov.br/parecer-no-062013cofenctas-2_28109.html Acessado em: 17/10/19.

- MATSUBA CST. **Boas práticas de enfermagem em nutrição e terapia nutricional enteral** In: Viana DL. Boas práticas de enfermagem. Ed. Yendis. São Paulo.2010. 145-75.
- BANKHEAD R, BOULLATA J, BRANTLEY S et al. **Enteral nutrition practice recommendations. Journal of parenteral and enteral nutrition**.2009;33(2):122-67.
- FOREST-LALANDE, L. **Gastrostomias para nutrição enteral**. Tradução por: Elisabeth Dreyer. Campinas: Editora Lince; 2011.
- **Protocolo para gastrostomia** SOBEST, 2018
- VILARINHO RSC, ROGENSKI NMB, ROGENSKI KE. **Gastrostomia: como cuidar**. In: Cesaretti IUR, Paula MAB, Paula PR. Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas. São Paulo: Ed. Cabral; 2006. p. 243-50. DeLegge MH. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes: Placement and routine care. [Uptodate: maio, 2013] Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/percutaneous-endoscopic-gastrostomy-peg-tubes-placement-and-routine-care

Descritores: lavagem intestinal, enema, enteroclisma, clister	**ENEMA e ENTEROCLISMA**	**POP 027**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO:** Auxiliar a exteriorização do conteúdo fecal, em caso de constipação para remoção de fecalomas
2. **APLICAÇÃO**: Avaliar a distensão abdominal, flatulência, remover fezes acumuladas, preparar clientes para cirurgias e exames do trato intestinal
3. **PRESCRITORES:** Médico, Enfermeiro
4. **MATERIAIS:** Frasco de solução prescrita, Cateter retal, equipo macrogotas, Geleia lubrificante, 1 pacote de gaze, Luva de procedimento, Cobertura impermeável, Máscara cirúrgica, Soluções glicerinadas
5. **EXECUTORES:** Médico, Enfermeiros e equipe de Enfermagem, cuidador/ familiar

DESCRIÇÃO

AÇÕES

AÇÕES ENEMA E ENTEROCLISMA:

- Orientar o usuário e/ou cuidador sobre o procedimento, solicitando sua colaboração
- Avaliar o usuário, verificar frequência cardíaca e pressão arterial
- Verificar prescrição de enfermagem a solução e o volume prescrito
- Reunir o material
- Proteger o leito com cobertura impermeável
- Promover a privacidade do usuário
- Colocar a máscara e higienizar as mãos
- Calçar as luvas para procedimento

AÇÕES ENTEROCLISMA:

- Conectar o equipo macrogotas com a solução prescrita, mantê-lo pinçado
- Conectar a sonda na extensão, retirar todo ar do circuito
- Colocar o frasco de solução no suporte a uma altura de mais ou menos 50cm acima do colchão
- Posicionar o usuário em decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e MID fletido
- Lubrificar a sonda com geleia lubrificante
- Segurar o cateter com uma gaze
- Inserir a ponta do cateter retal lentamente apontando a extremidade na direção do umbigo do usuário
- Introduzi-la no reto de 5cm a 7cm para crianças e 10 a 13cm para adultos
- Infundir lentamente a solução ou gota-a-gota conforme prescrito
- Fechar o equipo antes que o frasco esvazie completamente
- Deixar o usuário na mesma posição por 10 minutos no mínimo para manter o líquido retido

AÇÕES ENEMA

- Lubrificar a ponta do frasco com a geleia lubrificante
- Afastar os glúteos com auxílio das gazes
- Introduzir delicadamente toda a extremidade do frasco no ânus, apertando o frasco até seu total esvaziamento, retirando-o ao término da administração do líquido
- Solicitar ao usuário que enrijeça a musculatura dos glúteos a fim de evitar a liberação do liquido
- Orientar o usuário para que retenha o líquido no intestino por aproximadamente 2 a 5 minutos até sentir urgência em defecar.
- Observar o aspecto e a quantidade da eliminação (cor, consistência das fezes, volume e características como presença de sangue, muco, etc.)

- **PARA ENEMA E ENTEROCLISMA**:
  - Retirar a máscara, luvas e lavar as mãos
  - Identificar a habilidade do cuidador para permanência ou não no domicílio, conforme prescrição de enfermagem.
  - Retornar após a infusão no intervalo de 1 hora
  - Calçar as luvas
  - Observar o aspecto e a quantidade da eliminação (cor, consistência das fezes, volume e características como presença de sangue, muco, etc.)
  - Avaliar os sinais vitais
  - Retirar luvas
  - Deixar o usuário confortável e o ambiente em ordem
  - Organizar o material utilizado
  - Lavar as mãos
  - Anotar o procedimento em prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Desconforto e algias: acionar médico responsável, administrar analgésico prescrito.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- Não forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico.
- Verificar o melhor local da casa para aplicação da solução glicerinada.
- Higienizar o paciente após o procedimento.
- Informar alterações do hábito intestinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.** Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- Artigo 11, inciso III, alínea “d”, e artigo 10, inciso II do decreto 94.406/87, que regulamenta a Lei n° 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

Descritores: estomias, cuidados, estomaizados, domicilio	**CUIDADOS COM PACIENTES COM ESTOMAS INTESTINAIS**	**POP 028**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Padronizar ações no cuidado do paciente com estoma intestinal finalizando a prevenção de lesões de pele
2. **APLICAÇÃO**: A todos pacientes com estomas intestinais
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiro, Médico
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Bolsas Coletoras - antiodor, transparente ou opaco, macio, atóxico e hipoalergênico, tamanho e tipo de acordo ao estoma; Placa adesiva de uma ou de duas peças; Acessórios – necessários para segurança e higiene (saco coletor noturno, cinto, barreiras protetoras); Pinça; Água; Sabão neutro ou pH levemente acidificado; Gazes ou pano macio e limpo; Medidor de estoma; Tesoura de ponta arredondada; Luvas para procedimento; Saco para lixo; Protetor plástico e Escova dental (apenas para procedimento de limpeza, se necessário).
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiros e equipe de Enfermagem e cuidadores/ familiar.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

PROCEDIMENTO PARA QUEM DEAMBULA OU CADEIRANTE

- Higienizar as mãos
- Preparar o material
- Orientar o paciente sobre o procedimento
- Remover a placa e bolsa delicadamente e preferencialmente no momento do banho
- Desprezar o conteúdo no vaso sanitário
- Limpar a pele ao redor do estoma.
- Secar bem a pele.
- Utilizar o medidor de estomas para confirmar o tamanho exato.
- 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.
- Recortar a placa
- Retirar o papel do verso da placa
- Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
- Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte inferior da placa
- Retirar o ar de dentro da bolsa
- Dobrar a abertura inferior da bolsa ao redor da pinça (clamp) fechando a mesma
- Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade.

PROCEDIMENTO PARA ACAMADO

- Higienizar as mãos
- Preparar o material
- Orientar o paciente sobre o procedimento
- Forrar a cama com um protetor plástico e uma toalha
- Remover a bolsa delicadamente com auxílio de um pano ou gaze úmida
- Proteger a estomia (papel higiênico e outro de acordo com a característica das fezes) e desprezar o conteúdo da bolsa no vaso sanitário
- Limpar a pele ao redor da estomia e secá-la bem

- Utilize o medidor de estomas para saber o tamanho exato do estoma
- 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
- Recortar a placa
- Retirar o papel do verso da placa
- Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
- Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte
- inferior da placa
- Retirar o ar de dentro da bolsa
- Dobrar a abertura inferior da bolsa ao redor da pinça (clamp) fechando a mesma
- O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário (1/3 do espaço ocupado)
- Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade.

PROCEDIMENTO PARA REUTILIZAÇÃO DA BOLSA

- 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
- Secar a bolsa ou deixá-la secando de um dia para outro
- Recolocar a bolsa quando necessário
- Para maior durabilidade (normalmente sua durabilidade é de até cinco aplicações) podem ser aplicados óleos lubrificantes, conforme orientação do enfermeiro, no interior da bolsa quando bem seca para nova aplicação
- Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- 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.
- O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário (1/3 do espaço ocupado)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cesaretti IUR, Paula MAP, Paula PR. **Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas.** Taubaté,SP: Cabral Editora, 2006.

- ✓ Cesaretti IUR. **Assistência em Estomaterapia – Cuidando da Pessoas com Estomias.** Atheneu, 2ª Edição. p. 167-204, 2015
- ✓ 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).

Descritores: nutrição, aspectos nutricionais, nutrição domicilio	**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**	**POP 029**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO:** Avaliação de risco nutricional e das necessidades a serem aplicadas ao longo do Planejamento Terapêutico Singular dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa.
2. **APLICAÇÃO:** O estado nutricional é definido como a "condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos. Se aplica a todos os pacientes inclusos, e/ou em início dos cuidados nutricionais ao paciente do Programa Melhor em Casa.
3. **PRESCRITORES:** Nutricionista
4. **MATERIAIS:** Impresso da avaliação, fita métrica, balança, adipômetro.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Nutricionista

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Coletar dados do prontuário, anamnese nutricional, recordatório alimentar e conversa para coleta de história de vida e rotina familiar **(Anexo 11)**;
• Coletar medidas para diagnóstico nutricional através do cálculo de estimativa de peso e altura, necessários para cálculo de IMC (Índice de Massa Corpórea): Circunferência de braço – CB, Circunferência Muscular do Braço – CMB, Dobra Cutânea de Tríceps – DCT, Dobra Cutânea Subescapular – DCSE, Altura do Joelho (cm) e Circunferência de Panturrilha – CP, ao final realizar o cálculo e classificação de IMC;
• Aplicar Mini Avaliação Nutricional **(MAN – Anexo 11a)** verificando o Escore do risco de desnutrição / indicador de desnutrição;
• Elaborar e fixar o Valor Energético Total (VET) diário através de regra de bolso (25 a 35 kcal/kg/dia) e/ou Fator injúria/estresse (conforme fórmula);
• Elaborar a prescrição dietética via oral ou enteral de acordo com a necessidade individualizada, caso utilize a dieta enteral preencher formulário para solicitação de dieta industrializada.
• Orientar a família quanto ao plano alimentar, seja por via oral ou enteral, para que o VET seja alcançado diariamente;
• Acompanhar o periódico e reavaliação conforme necessidade e evolução do paciente.

RISCOS ASSISTENCIAIS: erro de registro.
OBSERVAÇÕES:

- Em caso de pacientes não acamados e/ou que deambulam é realizada aferição de peso em balança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ AUGUSTO ALP. **Avaliação Nutricional**. In: Augusto ALP, Alves DC, Mannarino IC, Gerudes M. Terapia Nutricional. São Paulo: Atheneu; 1995. 28-37.
- ✓ GUIGOZ Y, Vellas B. A **Mini avaliação nutricional (MAN) na classificação do estado nutricional do paciente idoso: apresentação, história e validação da MAN**. In: Mini Avaliação Nutricional (MAN): pesquisa e prática no idoso. Nestlé Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 1998; 1: 01-02.

Descritores: oxigenoterapia, cateter oxigênio, máscara de Venturi	**OXIGENIOTERAPIA POR CATETER OU MÁSCARA VENTURI**	**POP 030**
		Emissão:
		Validade: 4anos

1. **OBJETIVO**: Reduzir sintomas relacionados a hipoxemia, melhorar difusão de O_2, minimizar carga de trabalho cardiopulmonar
2. **APLICAÇÃO**: Gasometria arterial, PAO2 menor ou igual a 55 mmHg ou saturação menor ou igual a 88%, pao2 56-59 mmHg ou saturação 89% associado a edema por insuficiência cardíaca, evidência corpulmonale, hematócrito maior 56%
3. **PRESCRITORES**: Fisioterapeuta, Enfermeiros e Médicos.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**:
   BAIXO FLUXO OU FLUXO VARIAVEL: Cateter nasal, máscara facial, prong nasal.
   *ALTO FLUXO OU FLUXO FIXO***:** (MÁSCARA VENTURI).
   Extensão plástica ou látex estéril, umidificador de bolhas estéril para fluxos maiores de 4 l/min. 50 ml de água destilada estéril, fluxômetro calibrado na rede de oxigênio, máscara simples, Venturi, luvas de procedimentos.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Fisioterapeuta, Enfermeiros e Médicos

DESCRIÇÃO

AÇÕES
Para Cateter: • Oriente o paciente e ou cuidador/familiar sobre o procedimento. • Higienizar as mãos. • Calçar as luvas. • Colocar o paciente em posição confortável sentado dorsal semi Fowler a 45 graus. • Avaliar as narinas quanto a integridade, desvio de septo e perviedade, solicitando ao cliente, quando possível, que assoe uma narina e oclua a outra, identificando a mais adequada para inserir o cateter; • Introduzir o cateter nas narinas. • Conectar a extensão no cateter. • Abrir o fluxômetro conforme prescrição médica. **Para máscara Venturi:** • Identificar o paciente • Orientar o paciente sobre o procedimento. • Higienizar as mãos. • Calçar as luvas. • Adaptar uma máscara simples á uma conexão tipo traqueia, conecta ao Venturi ao qual dispõe de uma abertura variável determinando o fluxo e a concentração de oxigênio desejado pelo médico, fisioterapeuta e ou enfermeiro. Tanto o fluxo como a concentração são indicados no próprio Venturi, os quais são diferenciados por cores. O sistema é adaptado a um extensor de látex ou plástico conectado ao umidificador. Dentro do umidificador é colocado 50 ml de água destilada estéril e deve ser recolocada quando estiver abaixo do nível. Conecte e abra o fluxômetro. Posicione delicadamente fixando a máscara na face do paciente. • Observar o paciente por alguns minutos, verifique a pressão arterial, a frequência cardíaca, saturação de oxigênio e frequência respiratória. • Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Lesão por pressão por fixação inadequada da máscara Venturi, quando utilizar cateter nas narinas pode levar ao ressecamento e sangramento com alto fluxo e administração de volume inadequado de oxigênio.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- Baixo fluxo ou fluxo variável utiliza-se cânula nasal, prong nasal, máscara facial simples) a máscara Venturi é indicada para fornecer oxigênio em fluxos programados evitando dosagens nocivas e facilitando o desmame. Possui sistema de válvulas para diferentes concentrações de fração inspirada de oxigênio (fiO_2):
- A Venturi de cor azul libera 2 l.de oxigênio por minuto a uma concentração de O_2 a 24%, a branca oferece 4 l. por minuto a uma concentração de 28% de oxigênio, a amarela oferece 6 l. por minuto a uma concentração de 35% de oxigênio, a vermelha oferece 8 l. por minuto a uma concentração de 40% de oxigênio, e a verde 12 l. por minuto a uma concentração de 60%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Artigo Cientìfico Scielo do jornal da pneumologia, vol. 26 no 6, São Paulo, nov/dez 2000 oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)
- Rodrigues – Machado, Maria Da Glória, Bases Da Fisioterapia Respiratória, Terapia Intensiva E Reabilitação Rio De Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2012
- Manual De Procedimento Para Estágio Em Enfermagem Terceira Edição, Marcelo Tardelei Da Silva E Sandra Regina L.P. Tardelei da Silva
- Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: aspiração traqueal, domicilio	**ASPIRAÇÃO PELA TRAQUEOSTOMIA**	**POP 031**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: A aspiração pela traqueostomia visa manter as vias aéreas livres e permeáveis; garantir a ventilação e a oxigenação adequadas e prevenir complicações no quadro provocadas por acúmulo de secreções nos pulmões.
2. **APLICAÇÃO**: A aspiração pela de traqueostomia deverá ser aplicada em intervalos regulares quando o paciente apresentar sinais e sintomas de queda da SpO_2, tosse, respiração ruidosa, esforço respiratório, dentre outros;
3. **PRESCRITORES**: Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento; Luva estéril; Sonda de aspiração estéril; Soro fisiológico 0,9% ou ampolas de AD; Gaze estéril; Aspirador a vácuo ou elétrico; Extensão; Máscara cirúrgica; Óculos de proteção.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médicos, Enfermeiros e equipe de enfermagem, Fisioterapeutas e cuidador/ familiares

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Lavar as mãos e friccioná-las com álcool 70% antes e após o procedimento; • Aferir sinais vitais (frequência respiratória e frequência cardíaca) e SpO_2 antes e depois do procedimento. • Usar luvas nas duas mãos (luva estéril na mão dominante). • Conferir o calibre da sonda (deve ser equivalente a 1/3 do calibre da traqueostomia). • Usar sonda de aspiração (uso único). • Inserir sonda de aspiração em cânula de traqueostomia sem apertar o vácuo com a mão que está utilizando luva estéril. • Quando o paciente tossir, iniciar procedimento de aspiração apertando o botão que ativará o vácuo com a outra mão. A mão que segura a sonda deve vir puxando-a para cima com movimentos circulares até retirá-la completamente da cânula de traqueostomia. • Manter a aspiração por no máximo 15 segundos. • Manter cuidados durante a manipulação da sonda para evitar contaminação. • Utilizar soro fisiológico para fluidificar as secreções, se necessário. • Repetir o mesmo procedimento o número de vezes necessário para eliminar toda a secreção (ausculta pulmonar limpa). • Descartar a sonda após a aspiração. • Lavar a borracha do aspirador com água corrente limpa ao concluir a aspiração. • Proteger a borracha após a aspiração com embalagem limpa e seca. • Recolher e dar destino ao lixo e material descartado, conforme normas. • Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS: contaminação com a secreção se não utilizar os EPI´s.
OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- Durante todo o procedimento, a pessoa aspirada deverá ser observada quanto a desconforto, cianose, palidez, taquicardia ou alteração do padrão respiratório.
- Calibres da sonda:

- 14 e 16 para adulto
- 8 ou 10 para infantil

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ MIGUIR T.V.D.. et al.]. **Oxigenoterapia e ventilação mecânica**/ Capítulo: Traqueostomia. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Versão atualizada 2017. 84 p.: il. ISBN: 978-85-60914-20-3.
- ✓ MIGUIR T.V.D.; SILQUEIRA, F.V.M.D.; SILVA, R.A.; MATOS, S.S.; ANASTÁCIO, S.M.F.. **Serviços de cuidados domiciliares**. VI. Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância. VII. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. VIII. Título: Melhor em casa.
- ✓ **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: Cânula traqueal, tubo traqueal, cadarço	**TROCA DA FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**	**POP 032**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Proteger de forma asséptica o estoma da traqueostomia para prevenção de contaminação
2. **APLICAÇÃO**: Pacientes adultos e infantis intubados ou Traqueostomizados
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Gazes, Tira de cadarço de aproximadamente 40 cm ou fita com fecho de contato (Velcro) apropriado, Soro fisiológico a 0,9%, Lâmina de bisturi, Luvas de procedimento, EPIs, Local limpo, lixo.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Fisioterapeuta, Médico e Enfermeiro e equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Explicar o procedimento ao paciente ou cuidador/familiar.
- Colocar o paciente em decúbito elevado no mínimo em 45°, proteger o tórax e o leito com forro.
- Colocar máscara e os óculos.
- Higienizar as mãos.
- Abrir pacote de gazes em quantidade suficiente.
- Segurar a cânula/tubo traqueal para não haver o deslocamento ou saída acidental durante este procedimento.
- Remover o curativo protetor do estoma e descartar no lixo.
- Umedecer a gaze com o soro fisiológico 0,9%.
- Limpar ao redor e por baixo da parte externa da cânula.
- Limpar com outra gaze úmida ao redor do estoma.
- Secar a área com gaze seca.
- Dobrar duas gazes ao meio ou outro material como espumas e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula.
- Trocar o cadarço, amarrando-o na lateral do pescoço.

- **Tubo orotraqueal**: Dobrar o cadarço ao meio, formando uma alça, passe a alça do cadarço em volta do tubo na altura da arcada dentária; dê uma volta ao redor do tubo; e em seguida dê três nós sem ocluir sua luz. A seguir uma das tiras passe ao redor da cabeça e amarre as duas pontas, garantindo boa fixação e em seguida retire a fixação anterior
- **Cânula traqueal**: Passar o cadarço na parte posterior do pescoço e deixe centralizado. Passe uma ponta do cadarço na fenda lateral da cânula de ambos os lados, entrando pela parte posterior da fenda e puxando pela anterior. Ajuste o cadarço deixando cerca de 1 cm de folga (ou um dedo). Junte as duas pontas e faça um laço firme (lateral ou posterior da região cervical). Na sequência, retire e descarte o cadarço anterior.
  - Retirar o forro do tórax do cliente.
  - Lavar as mãos.
  - Anotar a troca de curativo e os aspectos do estoma traqueal no prontuário do domiciliar e da unidade.
  - Orientar os familiares quanto à técnica de troca de curativo da traqueostomia para eles darem continuidade no domicílio.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Obstrução da cânula

- Contaminação traqueal por não realizar antissepsia nas mãos ao manipular a cânula
- Trauma traqueal pelo Balonete hiperinsuflado
- Lesão causada devido à compressão do cadarço nas regiões: labial, pavilhão auricular e cabeça.
- Saída acidental do tubo/cânula

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- Deve-se aspirar a traqueostomia anteriormente à limpeza caso haja necessidade de diminuir a quantidade de secreção.
- A higiene local e a troca da fixação da cânula de TQT devem ser diárias a fim de minimizar irritações cutâneas.
- A fixação da cânula na região cervical não deve ser muito frouxa para evitar decanulação acidental ou formação de granulomas por cisalhamento da cânula com o traqueostoma.
- O cuidador do paciente traqueostomizado deve permanecer vigilante e ser orientado e treinado para os cuidados necessários no domicílio
- A pele periósteo de TQT deve ser inspecionada durante a troca do curativo para hiperemias ou macerações.
- Evite a saída acidental do tubo/cânula orientando o paciente e familiar quanto à finalidade do mesmo.
- Use contenção macia no pulso do paciente como último recurso. A observação rigorosa é essencial para garantir a segurança e evitar a ocorrência de lesão ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ZUNIGA, Q.G.P., **Ventilação Mecânica Básica para Enfermagem**. São Paulo, Atheneu, 2003.
- CDC GUIDELINES FOR PREVENTING HEALTH-CARE-ASSOCIATED PNEUMONIA. **Recommendations of the CDC and the Healthcare Infection** Control Practices Advisory Committee. Respiratory Care. v.49, n.8, agosto 2004
- COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES, Hospital Governador Israel Pinheiro. **Recomendações para prevenção de infecções pulmonares**. 2003
- CARMAGNANI MIS et al. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. BRUNNER & SUDDARTH Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FREITAS AAS. **Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe**. Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Ana Nery. Dissertação de Mestrado. 2012. Disponível no site da BVSMS.
- GONÇALVES GC. **Qualidade de vida de pessoa com traqueostomia na área do grande Porto**. ESEP Escola Superior de Enfermagem do Porto/Dissertação de Mestrado. 2012.

Descritores: abcesso, drenar abcesso, drenagem no domicilio	**DRENAGEM DE ABSCESSO SUBCUTÂNEO SIMPLES**	**POP 033** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Remover conteúdo de abscesso subcutâneo simples.
2. **APLICAÇÃO**: Pacientes que apresentem abscesso subcutâneo simples em condições de serem submetidos a remoção do conteúdo em domicilio.
3. **PRESCRITORES**: Médico.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Solução clorexidina alcoólica; Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local; Campos estéreis; Pinça hemostática curva; Lâmina de bisturi nº 11; Soro fisiológico para irrigação; Gaze; Dreno de Penrose, se necessário; Fio de sutura nylon 3.0; Luva esterilizada; Seringa de 5 ml; Agulha 40 x 12; Agulha hipodérmica (de insulina); Swab de cultura, se necessário; Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
5. **AGENTES EXECUTORES**: Médicos. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem podem auxiliar o procedimento.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador/familiar e obter autorização. • Lavar as mãos **(POP 001)**. • Verificar se o abscesso possui flutuação. • Colocar luvas estéreis, máscara e óculos de proteção. • Preparar a área afetada com um agente tópico antisséptico disponível • Cobrir a área afetada com campo estéril. • Aspirar o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg) com agulha 40 x 12. • Trocar pela agulha hipodérmica para aplicação. • Introduzir o anestésico em técnica de bloqueio regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro de maior sinal de flutuação, com o cuidado de injetar no subcutâneo. • Continuar o bloqueio de forma linear ao longo da linha de incisão projetada. • Realizar uma incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a drenagem espontânea da secreção purulenta. • Aguardar drenagem espontânea. • Colocar a pinça hemostática na cavidade, a fim de quebrar as floculações e liberar quaisquer bolsas de material purulento residuais. • Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local. • Introduzir uma gaze ou um dreno de Penrose no local, com 1 a 2 cm para fora da incisão, para permitir drenagem adequada e impedir que a incisão fique selada. Se necessário, pode ser fixado com um ponto simples frouxo de nylon 3.0. • Curativo com gaze; • Retirar as luvas de procedimentos; • Higienizar as mãos. • Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de acidente biológico com material perfuro cortante para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente do paciente em que o procedimento é realizado.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,** Departamento de Atenção Básica. – Brasília Ministério da Saúde, 2011. 64 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30).
- ✓ **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: Curativo domiciliar, limpar ferida no domicilio	**LIMPEZA DA FERIDA**	**POP 034**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Remover qualquer interferência no leito das lesões e nas regiões circundantes.
2. **APLICAÇÃO**: toda pessoa que estiver com ferida.
3. **PRESCRITORES:** Enfermeiro e ou Médico
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Soro Fisiológico a 0,9%, antisséptico, gazes, luvas de procedimento, agulha 40X12, máscara, óculos, bacia (da casa e separada para somente essa finalidade), toalha ou panos limpos da casa (separados somente para essa finalidade), sacola de lixo, sabão liquido de pH levemente acidificado ou neutro ou clorexidina degermante a 0,5%.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe de enfermagem, médico e cuidador/ familiar (este somente para troca da cobertura secundária ou ferida simples).

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Explicar sobre o procedimento ao paciente e ou cuidador. • Realizar o preenchimento do Termo de compromisso para paciente em tratamento de lesão **(Anexo 14)** e o Termo de consentimento para procedimento **(Anexo 10)**; • Lavar as mãos **(POP 001**); • Reunir e organizar todo o material que será necessário próximo ao paciente em local limpo; • Colocar o paciente em posição confortável, que proporcione uma boa luminosidade, e que preserve a intimidade do paciente; • Explicar o que será feito ao paciente e ou cuidador/ familiar; • Fazer uso de EPI; • Envolver a bacia com um saco plástico, retirar o ar e dar um nó nas pontas. • Perfurar o frasco de soro fisiológico a 0,9% com agulha 40 x 12 mm (somente um orifício/furo); • Calçar luvas de procedimento; • Retirar a atadura ou outro fixador e a cobertura primária da ferida; • Se na remoção da cobertura e/ou atadura/fixador da ferida, os mesmos estiverem bem aderidos (grudados) na lesão, aplicar soro fisiológico abundantemente, removendo devagarzinho e com muita delicadeza, evitando traumas e assim, retrocessos no processo cicatricial; • Desprezar o curativo retirado juntamente com a luva no lixo; • Calçar novas luvas de procedimento • Irrigar o leito da ferida exaustivamente com o jato de soro numa distância em torno de 10 a 20cm até a retirada de toda a sujidade; • Caso a ferida tenha tecidos inviáveis proceder a limpeza mecânica do local friccionando uma gaze úmida em Soro Fisiológico no leito da ferida de modo a remover tecidos mortos e conteúdo bacteriano; • Fazer limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da ferida com sabão neutro ou de pH de acordo com a pele (ou clorexidina degermante a 0,5% e, nesse caso, cada 48h), enxaguando exaustivamente a fim de remover todo excesso da clorexidina e ou do sabão, evitando traumas e processos dermatológicos tópicos; • Não secar o leito da ferida, somente a pele perilesional; • Fazer desbridamento se necessário **(POP 035)**; • Fazer avaliação se necessário e ao final preencher o formulário próprio **(Anexo 12)** • Aplicar a cobertura escolhida conforme a prescrição do enfermeiro ou médico; • Aplicar hidratante ou creme barreira na pele íntegra adjacente à ferida, quando necessário; • Fazer uso da cobertura secundária, se necessário; • Fixar o curativo de acordo sua localização e material: Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltado para cima. Em caso de abdômen utilizar atadura de crepom de 20 ou 25 cm, ou micropore ou filme transparente; em caso de região sacra e

áreas de potencial colonização fixar com filme transparente;
- Retirar o plástico da bacia, de forma que não a contamine, desprezando o liquido em local apropriado (ralo p. ex.) e o solido no lixo;
- Se não houver contaminação da bacia, utilizá-la para o próximo curativo, realizando o mesmo procedimento já citado;
- Se houver contaminação da bacia proceder a limpeza com desinfetante do domicilio e realizar o procedimento curativo conforme descrito;
- Proteger pinças e tesouras utilizadas na própria embalagem. Ao chegar à unidade de saúde, efetuar limpeza conforme Manual de Esterilização do protocolo de Enfermagem/SMS;
- Proteger o frasco de soro fisiológico com o plástico do mesmo, caso não tenha sido todo utilizado, e orientar a família a guardá-lo em lugar limpo, seco e fresco por no máximo três dias. Evitar guardá-lo na geladeira para evitar risco de contaminação dos alimentos.
- Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e da unidade **(Anexo 12 e 13 e POP 053 e ou 054).**

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de acidente biológico com material perfuro cortante para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de acidente biológico com material da ferida para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente do paciente em que o procedimento é realizado.

OBSERVAÇÕES:

- Os pacientes que não aceitarem assinar o Termo de Compromisso paciente em tratamento de ferida **(Anexo 14)** não serão tratados com coberturas, mas com tratamento convencional.
- É de fundamental importância, a presença de um dos familiares ou cuidador para acompanhar a realização do curativo com o objetivo de prepará-lo para o procedimento.
- Fazer o enfaixamento compressivo em caso de úlcera venosa diagnosticada.
- Utilizar um recipiente, providenciado pelos familiares, para servir de anteparo durante a realização do procedimento. O mesmo ficará separado e será utilizado apenas para esta finalidade. A limpeza será realizada com água e sabão, friccionando o local, após friccionar pano limpo separado somente para essa finalidade embebido com álcool a 70º por 1minuto
- Quando não for possível o uso de bacia do domicilio, o profissional de saúde deverá levar uma bacia da Unidade de Saúde, sendo que, ao final do curativo, retornará com a mesma embalada em saco plástico e proceder a limpeza na unidade de acordo com as recomendações do Manual de norma e rotinas Enfermagem.
- Quando utilizar de imagem para evolução e estudo/ pesquisa assinar termo de consentimento para uso de imagem **(Anexo 15).**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,** Departamento de Atenção Básica. – Brasília Ministério da Saúde, 2011. 64 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30).
- **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- **PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS**. SMS – SP, no prelo, 2019.

Descritores: debridar ferida no domicilio, debridamento, limpeza de ferida em domicilio	**DEBRIDAMENTO MECANICO COM INSTRUMENTAL EM LESÃO**	**POP 035** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Remover os tecidos inviáveis do leito ou redor de feridas por meio de mecanismos como autolítico, enzimático, mecânico (instrumental e por fricção) ou encaminhar para cirúrgico.
2. **APLICAÇÃO**: toda lesão com tecido inviável desde em condições para o procedimento.
3. **PRESCRITORES:** Enfermeiro e ou Médico.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: soro fisiológico a 0,9%, agulha 40x12, antisséptico, gazes, luvas, bisturi (15, 20, 21 e 22), pinças, lanterna, bacia (da casa e somente para essa finalidade), toalha ou panos da casa (somente uso para essa finalidade), sacola de lixo.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiro e Médico.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Fazer avaliação da necessidade de debridamento e qual melhor método **(Anexo 12 e 13)** • Explicar sobre o procedimento ao paciente e ou cuidador. • Assinar os termos de procedimento e de consentimento livre e esclarecido **(Anexos 10 e 14)** • Lavagem das mãos **(POP 001**); • Reunir e organizar todo o material que será necessário; • Colocar o paciente em posição confortável; • Realizar em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente; • Fazer uso do EPIs; • Envolver a bacia com um saco plástico, retirar o ar e dar um nó nas pontas; • Perfurar o frasco de soro fisiológico a 0,9% com agulha 40 x 12 mm (somente um orifício); • Calçar as luvas de procedimento; • Retirar o curativo e realizar a limpeza da ferida **(POP 034);** • Desprezar a luva no lixo; • Calçar novas luvas de procedimento • Fazer assepsia com antisséptico no tecido que irá debridar; • Realizar debridamento mecânico com a técnica de escolha; • Retirar material para análise se necessário e encaminhar ao serviço adequado; • Realizar a limpeza da ferida e cobertura **(POP 034);** • Desprezar lâminas de bisturi na caixa de perfuro cortante; • Proteger pinças e tesouras utilizadas na própria embalagem. Ao chegar à unidade de saúde, efetuar limpeza conforme Manual de Esterilização do protocolo de Enfermagem/SMS; • Proteger o frasco de soro fisiológico com o plástico do mesmo, caso não tenha sido todo utilizado, e orientar a família a guardá-lo em lugar limpo, seco e fresco por no máximo três dias. Evitar guardá-lo na geladeira para evitar risco de contaminação dos alimentos. • Registrar a Evolução no prontuário domiciliar e da unidade **(POP 053 e ou 054).**

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de acidente biológico com material perfuro cortante para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de acidente biológico com material da ferida para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente do paciente em que o procedimento é realizado.

OBSERVAÇÕES:

- Os pacientes que não aceitarem assinar o Termo de Compromisso (**Anexo 14**) não terão o procedimento realizado e o tratamento passará a ser o convencional.
- É de fundamental importância, a presença de um dos familiares ou cuidador para acompanhar a realização do procedimento
- Utilizar um recipiente, providenciado pelos familiares, para servir de anteparo durante a realização do curativo. O mesmo ficará separado e será utilizado apenas para este procedimento. Quando não for possível, o profissional de saúde deverá levar uma bacia da Unidade de Saúde, sendo que, ao final da visita, retornará com a mesma
- Antes de realizar o debridamento deve-se escolher entre os diferentes métodos qual é o mais indicado:
  - AUTOLITICO
  - ENZIMÁTICO
  - MECANICO
  - CIRURGICO

- O método mecânico é sempre mais rápido, no entanto, a escolha depende de alguns critérios:
  - Condição anatômica
  - Carga microbiana da ferida
  - Capacidade do profissional, respeitando a lei normativa de restrição.

- A quantidade excessiva de debridamento a ser realizado na mesma lesão pode resultar em uma reinstalação do processo inflamatório com uma consequente diminuição de citocinas inflamatórias, piora na ferida e complicações graves.
- Mediante o disposto no artigo 11, inciso I, alínea "m" da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87; pelo Parecer COREN-SP CAT Nº 013/2009 e a recomendação da Resolução COFEN 0502/2015, o Enfermeiro possui competência legal para assumir e realizar o procedimento debridamento (pele e subcutâneo), sendo cuidado de Enfermagem de maior complexidade técnica que exige conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.
- No método cirúrgico somente o médico tem competência técnica e legal para sua execução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,** Departamento de Atenção Básica. – Brasília Ministério da Saúde, 2011. 64 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30).
- **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf
- PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FEIDAS. SMS – SP , no prelo, 2019.

Descritores: Lesão por pressão, lesão por fricção, Skin tears	**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR FRICÇÃO**	**POP 036**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Orientar e aplicar as condutas de prevenção e tratamento da lesão por fricção ou Skin Tears
2. **APLICAÇÃO**: todos os pacientes em risco
3. **PRESCRITORES:** Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: instrumento de avaliação, materiais de uso preventivo, luvas de procedimento, coberturas padronizadas
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe de enfermagem e cuidador

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Orientar paciente e cuidador/familiar quanto ao que é Lesão por Fricção ou Skin Tears e os fatores de risco • Lavar as mãos • Realizar exame físico • Realizar classificação de risco para Skin Tears (**ANEXO 16**) • Tratar conforme classificação e quadro de tratamento (**ANEXO 17**) • Providenciar orientações quanto a prevenção • Registrar todo procedimento e cuidados em prontuário domiciliar e da unidade. **(POP 053 e ou 054).**

RISCOS ASSISTENCIAIS: erro em interpretação do tipo e classificação
OBSERVAÇÕES:

➢ COMO PREVENIR A LESÃO POR FRICÇÃO:

- Avaliar o risco para lesão por fricção (**ANEXO 18**) para todos os idosos que iniciarem acompanhamento;
- Orientar quanto a importância de um ambiente seguro para usuário com déficit visual e de percepção sensorial;
- Orientar quanto a importância da iluminação adequada e posicionamento adequado de móveis pequenos (mesinha de cabeceira, cadeiras) para evitar choques e batidas desnecessárias;
- Promover uma área segura para a movimentação da pessoa;
- Orientar quanto a importância de proteger quinas de camas e mobiliários;
- Usar técnicas adequadas quando transferência de usuários no leito;
- Adotar boas práticas para a mobilização no leito conforme POP's;
- Promover ações que minimizem o traumatismo e as forças de fricção e cisalhamento;
- Orientar quanto a importância da hidratação da pele do usuário;
- Orientar quanto a importância de ingesta nutricional e adequada de líquidos;
- Estimular o uso de creme hidratante com pH ácido duas vezes ao dia para usuários de pele seca e uma vez aos demais;
- Orientar o uso de sabonete com pH balanceado segundo idade e características da pele, evitando seu maior ressecamento;
- Orientar quanto a importância de proteção contra a incontinência;
- Remover cuidadosamente dispositivos de acesso periférico;
- Orientar quanto a importância de proteger a pele vulnerável com uso de creme de barreiras ou filmes;
- Orientar quanto a importância de proteger a pele frágil indicando o uso de roupas de manga longas;
- Inspecionar regularmente a pele de pessoas sobre o risco de desenvolver lesão por fricção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Amaral A F S et al. **Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46 (especial); 44-50.
- ✓ Santos E I. **Cuidado e prevenção das skin tears por enfermeiros: revisão integrativa de literatura**. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2014;35(2):142-9.
- ✓ Silva G, Saito C, Augusto F, Blanes L, Ferreira L. **Conhecimento dos enfermeiros quanto à lesão por fricção**, Journal of Aging & Innovation. 2018; 7 (1): 23 – 32.
- ✓ **PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS**. SMS – SP, no prelo, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: precauções de contato, bactérias multirresistentes, domicilio	**PRECAUÇÕES PARA CONTATO COM PACIENTES COLONIZADOS E OU INFECTADOS POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES**	**POP 037**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Prevenção da contaminação dos profissionais das equipes EMAD/EMAP e de pessoas ao entrar em contato com pacientes colonizados e ou infectados por bactérias multirresistentes.
2. **APLICAÇÃO**: Ao entrar em domicílios de pacientes cuja colonização por bactéria multirresistente seja confirmada por cultura. Indicado para contato com pacientes com colonização ou infecção por: *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenens; *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenens*; Enterobacter, Klebsiella e E. coli* resistentes a cefalosporinas e carbapenens; Estafilococos e Enterococos resistentes à Vancomicina.
3. **PRESCRITORES**: TODA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Luvas de procedimento, avental, máscara, óculos, álcool 70%, saco de lixo infectado.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe de Enfermagem, Médicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, cuidadores e familiar.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Explicar ao paciente e cuidador/ familiar sobre o procedimento. • Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido **(Anexos 14)** • Higienização das mãos com álcool 70 % ou solução degermante (clorexidina) **(POP 002)**. • Colocação do avental descartável. • Colocação de máscara cirúrgica. • Colocação dos óculos de proteção. • Calçar luvas de procedimento. • Avaliação do paciente em questão de acordo com a atribuição do profissional de saúde em questão: avaliação, exame físico e conduta. • Retirar óculos de proteção. • Retirar máscara cirúrgica. • Retirar avental descartável. • Retirar luvas de procedimento. • Descartar todo material em lixo infectado. • Calçar novas luvas de procedimento para higienizar materiais utilizados na avaliação do paciente. • Higienizar mãos com álcool 70% ou solução degermante (clorexidina). • Realizar anotações sobre avaliação, procedimentos e intercorrências em prontuário domiciliar e da unidade **(POP 053)**.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação dos profissionais de saúde envolvidos em caso de uso indevido dos EPIs ou desinfecção incorreta ou insuficiente dos materiais utilizados na avaliação do paciente.
- Risco de contaminação dos pacientes avaliados posteriormente ao paciente colonizado com bactéria multirresistente, podendo o profissional de saúde ser um vetor caso não realize as devidas medidas de proteção individual, higienização das mãos e materiais usados na avaliação dos pacientes.

OBSERVAÇÕES:

- Considerar que os familiares e cuidadores do paciente já estão colonizados com a bactéria em questão.

- Considerar que o ambiente em que o paciente vive está colonizado com a bactéria em questão.
- Considerar que o paciente não se encontra em isolamento.
- Limitar o número de materiais levados ao domicílio do paciente.
- Materiais e equipamentos para a aferição dos sinais vitais termômetros, estetoscópio e esfigmomanômetro) deveriam ser de uso exclusivo do paciente, sendo necessária a desinfecção com álcool a 70% diariamente. Porém no âmbito da assistência domiciliar isto torna-se difícil pois haveria a necessidade dos familiares do paciente arcarem com os custos para adquirir tais materiais, o que na maioria das vezes não seria possível. Portanto, materiais usados em pacientes colonizados com bactérias multirresistentes seriam os mesmos usados pra avaliar outros pacientes.
- Determinados materiais são difíceis de higienizar, por exemplo a braçadeira do Esfigmomanômetro. É importante considerar sua proteção (envolver o local do membro com papel descartável) quando utilizar nesses casos pois sua desinfecção é muito difícil podendo ocasionar a contaminação dos pacientes avaliados posteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ SIEGEL J.D et al. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare** Settings, CDC 2007.
- ✓ Nota técnica 01/2010 - UIPEA/GGTES - ANVISA. **Medidas para investigação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes.** Outubro 2010.
- ✓ **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2ª ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem), portal: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/normaserotinasv302012017.pdf

Descritores: sutura, retirada de pontos, sutura no domicilio	**RETIRADA DE PONTOS**	**Pop 038**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Retirar o fio cirúrgico do local suturado após o período de cicatrização fisiológico (7 a 14 dias)
2. **APLICAÇÃO**: toda pessoa com pontos de sutura com o tempo de acordo com procedimento, aspecto do local e sinais e sintomas.
3. **PRESCRITORES:** Médico
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Antisséptico ou soro fisiológico, gazes, lâminas de bisturi, pinças para auxiliar, agulha 40X12, cobertura se necessário, sacola de lixo.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico ou Enfermeiro ou técnico de enfermagem

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Explicar o procedimento ao paciente e cuidador/ familiar; • Assinar os termos de procedimento e de consentimento livre e esclarecido **(Anexos 10 e 14);** • Verificar a prescrição; • Reunir o material necessário próximo ao paciente; • Lavar as mãos **(POP 001)**; • Colocar o paciente em posição adequada; • Colocar luvas de procedimento; • Retirar o curativo seguindo a técnica; • Limpar a região com antisséptico e SF 0,9%; • Retirar as luvas; • Desprezar luvas e curativo em sacola de lixo; • Calçar luvas de procedimento; • Segurar com a pinça a extremidade do ponto a ser removido e com a tesoura ou lâmina de bisturi (lâmina voltada para cima), cortar abaixo do nó e removê-lo; • Jogar os pontos removidos em uma gaze, e essas na sacola de lixo ao término do procedimento; • Promover a limpeza da área e cobrir com cobertura se for necessário **(POP 034)**; • Deixar o paciente confortável; • Recolher o material e deixar o ambiente em ordem; • Comunicar a equipe médica em casos de sangramento excessivo, deiscências e sinais flogísticos para tomada de decisões; • Registrar todo procedimento no prontuário domiciliar e da unidade **(POP 053 e ou 054**).

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de acidente biológico com material perfuro cortante para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de acidente biológico com material da ferida para com os profissionais envolvidos no procedimento.
- Risco de proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente do paciente em que o procedimento é realizado.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**

- Avaliar local da incisão, se não apresenta exsudato manter as incisões expostas até a remoção da sutura. Nestes casos recomenda-se higienizar as incisões com água e sabão liquido com pH levemente acidificado durante o banho e secar o local com toalhas limpas, macias e secas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM/MTE n° 485, de 11 de novembro de 2005, de 11 de novembro de 2005 – Aprova a **Norma Regulamentadora nº 32, que versa sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, 16 nov. 2005
- ✓ Antônio Tadeu Fernandes. **Infecção hospitalar de suas interfaces na área da saúde**. Volume 2, editora Atheneu. 2000.
- ✓ Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Sítio Cirúrgico**. Brasília. :Anvisa, 2009.
- ✓ **PARECER COREN-SP 039 /2013 – CT. Acessado em 22/10/19:** https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_39.pdf
- ✓ OMS - Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS**). Rio de Janeiro: OPAS-MS – Anvisa, 2009.
- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Protocolo para cirurgia segura**. 2013.

Descritores: risco queda, queda domicilio	**RISCO DE QUEDA**	**POP 039**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Reduzir a ocorrência de queda de pacientes no domicilio durante a assistência decorrente da implantação/implementação de medidas preventivas que garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
2. **APLICAÇÃO**: todo paciente em risco de queda
3. **PRESCRITORES**: Médico, Fisioterapeuta e Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Materiais de acordo com o grau de dependência como cadeira de rodas; cadeira de banho; cadeira fixa; cama hospitalar, berço; grades de segurança;
5. **AGENTES EXECUTORES:** Todos os envolvidos no cuidado

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Identificar a presença de fatores de risco para queda tais como:

Em adultos:

- História de quedas
- Uso de cadeira de rodas
- Idade acima de 65 anos
- Prótese de membro inferior
- Uso de aparelhos de auxílio (ex.: andador, bengala, etc.)

Fisiológico:

- Dificuldades visuais e auditivas
- Artrite
- Vertigem ao virar ou estender o pescoço
- Doença vascular
- Força diminuída nas extremidades inferiores
- Mobilidade física e equilíbrio prejudicado
- Dificuldade de marcha

Cognitivos*:*

- Estado mental diminuído (ex.: confusão, delírio, demência)

Medicações:

- Diuréticos
- Uso de álcool
- Narcóticos
- Tranquilizantes;

Ambientais:

- Condições climáticas (ex.: pisos molhados)
- Ambiente com móveis e objetos em excesso

Em crianças:

- Menor de 2 anos de idade

- Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente;

AÇÕES:

- Orientar paciente e/ou cuidador/familiar sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível;
- Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s);
- Reavaliar o risco sempre que retornar na visita, e também sempre que houver mudança do quadro clínico ou episódio de queda ajustando as medidas preventivas implantadas;

- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento;
- Orientar paciente e/ou cuidador/familiar sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para o risco de queda:
    - ✓ criação de um ambiente de cuidado seguro
    - ✓ manter grades elevadas;
    - ✓ remover tapetes escorregadios;
    - ✓ colocação de grades em corredores e banheiros;
    - ✓ pisos antiderrapantes,
    - ✓ mobiliário e iluminação adequados,
    - ✓ corredores livres de obstáculos
    - ✓ vestuário e calçados adequados e a movimentação segura
    - ✓ Orientar o paciente e cuidador para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama
    - ✓ Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente: andador, muleta e bengala
    - ✓ Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda;
- Eliminar todos os fatores de risco;
- Implementar medidas preventivas de segurança através da educação continuada de todos envolvidos no cuidado;
- Avaliar e identificar a necessidade dos tipos de equipamentos conforme o grau de dependência do paciente;
- Registrar todas atividades em prontuário domiciliar e da unidade.

OBSERVAÇÃO:

- ➢ Avaliar o risco de queda: Identificação do paciente com risco, agendamento dos cuidados gerais quanto a horários e locais a serem executados; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados utilizados, educação dos pacientes, cuidadores/familiares e dos profissionais, revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção**. 2008.
- ✓ Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). **Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report,** 2009.
- ✓ Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. **Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS,**
- ✓ Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). **Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente**. 2012

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: Cateterismo de demora, cateterismo domicilio	**CATETERISMO VESICAL DE DEMORA**	**POP 040**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Introdução de um cateter através da uretra até o interior da bexiga com o intuito de esvaziamento vesical
2. **APLICAÇÃO**: todo paciente com necessidade de esvaziamento vesical
3. **PRESCRITORES:** Médico
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Luvas de procedimentos e luvas estéreis, óculos de proteção e máscara; Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo cuba rim, cuba redonda, gaze, pinça Cherron ou Pean, campo; Cateter vesical 2 vias (Foley ou similar); Bolsa coletora sistema fechado; 2 Seringas de 20 ml: 1 para lubrificação e 1 para o balão (insuflar); Agulha 40x12mm para aspirar; Frasco de solução antisséptica e soro fisiológico; Água destilada; Geleia anestésica ou lubrificante; Filme transparente ou micropore; Saco plástico para lixo (branco); Material para higiene íntima (toalha ou chumaço de gaze, luvas para procedimentos, sabão líquido, jarro com água morna e fralda/comadre se houver).
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiro e Médico

DESCRIÇÃO

AÇÕES
<u>Cateterismo feminino:</u> • Higienizar as mãos (**POP 001**) • Explicar o procedimento e sua finalidade • Assinar o termo de procedimento **(Anexos 10)** • Encaminhar o paciente para higiene íntima, caso seja possível o mesmo realizá-la, ou realizar por ele colocando as EPIs necessárias • Promover um ambiente iluminado • Preservar a privacidade do paciente • Colocar o saco de lixo próximo ao leito • Colocar o paciente em posição ginecológica, protegendo-o com lençol • Colocar EPIs • Abrir com técnica asséptica, o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do paciente, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea. • Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gases. • Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim. • Colocar antisséptico na cuba redonda • Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo • Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira • Colocar lubrificante ou geleia anestésica • Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica • Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário ou envolva a ampola em uma gaze estéril • Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a seringa com a quantidade de água recomendada pelo fabricante • Conectar a extensão do coletor à sonda • Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia anestésica. Atentar para a não obstrução dos orifícios e aproximar a cuba rim • Afastar os grandes lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o vestíbulo vaginal e o meato uretral, permanecendo nesta posição até o final da técnica e com a mão dominante fazer a antissepsia

- Usando gazes embebido na solução antisséptica e a pinça Cherron ou Pean (sentido púbis/anus na sequência: grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo).
- Usar uma gaze para cada região e desprezá-la
- Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima
- Afastar com a mão dominante a cuba redonda e a pinça
- Continuar a manter exposto o vestíbulo e, com mão não dominante.
- Introduzir o cateter, com a mão dominante, mais ou menos de 4cm a 5cm. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada (refluxo)
- Insuflar o balão e tracionar a sonda até encontrar a resistência
- Fixar o cateter na face externa da coxa
- Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies
- Retirar as luvas e recolher o material
- Higienizar as mãos
- Deixar o ambiente e o material em ordem
- Fazer o registro no prontuário domiciliar e da unidade.

Cateterismo Masculino

- Higienizar as mãos **(POP 001)**
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e ou cuidador/familiar
- Encaminhar o paciente para higiene íntima, caso seja possível o mesmo realizá-la
- Promover um ambiente iluminado
- Preservar a privacidade do paciente
- Colocar o saco de lixo próximo ao leito
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e com as pernas afastadas protegendo-o com lençol
- Colocar EPIs
- Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente pelo mesmo
- Retirar as luvas para procedimento
- Abrir com técnica asséptica o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do paciente, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea.
- Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gases
- Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim
- Colocar antisséptico na cuba redonda
- Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo
- Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira
- Colocar lubrificante ou geleia anestésica em uma gaze
- Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica
- Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo
- Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante
- Conectar a extensão do coletor à sonda
- Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia anestésica
- Segurar o pênis com uma gaze, com a mão não dominante, mantendo-o perpendicular ao abdome
- 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
- Com a pinça montada com a solução antisséptica, fazer a antissepsia obrigatoriamente, do meato uretral para a periferia (trocar as luvas se usar material descartável)
- Injetar a geleia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glande de 30 a 60 segundos, a fim de evitar o refluxo da geleia
- 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
- Diante de resistência, não tentar inserção forçada do cateter
- Após o retorno da urina, insuflar o balão e tracionar delicadamente, a sonda até encontrar resistência. Observar o retorno da urina
- Remover o excesso de geleia da glande e recobri-la com o prepúcio, a fim de evitar o edema da mesma
    - 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
- É importante, antes de proceder a troca da sonda, investigar junto ao usuário como foi a última troca, ou seja, quais foram as intercorrências
- Fazer o registro no prontuário
- Deixar o ambiente limpo e o material em ordem
- Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies

TECNICA PARA RETIRAR O CATETER:

- Explicar, orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado
- Preparar o material a ser utilizado
- Higienizar as mãos
- Calçar as luvas
- Remover a fita de fixação da sonda, cuidadosamente
- Desinsuflar totalmente, o balão com auxílio da seringa
- Remover lentamente o cateter
- Realizar higiene íntima
- Organizar o ambiente
- Retirar as luvas e higienizar as mãos
- Registrar todas atividades em prontuário domiciliar e da unidade incluindo a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes
- Desprezar o resíduo em local apropriado.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Falha na identificação do paciente e do procedimento;
- Infecção do trato urinário;
- Lesão do trato urinário;

OBSERVAÇÕES:

- Ao avaliar a necessidade do uso de geleia anestésica ou lubrificante, a mesma poderá ser prescrita pelo enfermeiro.
- 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 de onde estiver está a bolsa coletora (deixar uma folga para a movimentação a fim de evitar tensão no cateter)
- Na troca da sonda de demora, clampear 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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ CERVO, A. M. S. Procedimentos Técnicos de Enfermagem. Editora UFSM, Rio Grande do Sul, 2006.
- ✓ São Paulo. Secretaria Municipal de Saude. Coordenação da Atenção Básica. Manual técnico: procedimento e legislação para risco bio¬lógico – Biossegurança na saúde nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016.
- ✓ Lotti, T.R., Ribeiro, D.R.M.. POP Melhor em Casa, Rio Claro, 2018

Descritores: Cateterismo de alivio, cateterismo domicilio, cateterismo intermitente	**CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO OU INTERMITENTE**	**POP 041** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Promover o esvaziamento vesical com segurança, evitando resíduo pós-miccional e consequentemente Infecção do Trato Urinário.
2. **APLICAÇÃO**: Pacientes com disfunção vesical persistente que impeça a micção espontânea tais como: Bexiga neurogênica, Detrusor hipoativo, Reconstruções vesicais que requeiram cateterismo intermitente via uretra ou via estoma continente. Outras disfunções vesicais com resíduo pós-miccional.
3. **PRESCRITORES:** Médico e Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: cateter de alivio ou hidrofílico, (calibre: menor possível de acordo com a idade e constituição, física): um cateter por procedimento – 6 POR DIA, Toalha limpa branca ou gaze, Sabonete líquido levemente acidificado, Fralda/ comadre/ vaso sanitário/ Recipiente para drenagem da urina, Frasco para coletar a urina se necessário.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico, Equipe de Enfermagem, paciente, familiar ou cuidador.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

- Explicar o procedimento ao paciente/família/cuidador
- Assinar o termo de procedimento **(Anexos 10)**
- Reunir o material e levar até o paciente.
- Higienizar as mãos **(POP 001)**
- Posicionar a embalagem do cateter em local próximo de forma a ser fácil de manipular
- Colar a parte adesivada da embalagem do cateter na superfície escolhida
- Abrir a embalagem pelo local indicado até a marca recomendada
- Posicionar o paciente.
- Visualize o meato uretral
- Realizar a higiene íntima com sabonete de forma a fazer movimentos únicos e desprezando o material sem reutilizar trocando a toalha, algodão ou gaze em cada etapa.
- Higienizar as mãos **(POP 001)**
- Retirar o cateter da embalagem
- Introduzir delicadamente o cateter na uretra, sem tocar em nenhum objeto ou roupa ou mesmo na pele do paciente, prosseguindo até a drenagem de urina.
- Em cateterismo de alívio por retenção, mantenha o cateter drenando a urina no local próprio.
- Para coleta de exames, despreze aproximadamente 5mL de urina drenada inicialmente e colete o material em recipiente apropriado
- Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente o cateter, realize higiene para remoção de resíduo e seque a região com toalha/algodão/gaze.
- Desprezar o material descartável em saco de lixo
- Auxiliar o paciente a se vestir e/ou colocar a fralda descartável.
- Lavar as mãos
- Deixar o paciente confortável.
- Recolher o material do local
- Encaminhar o material coletado se for caso
- Checar na prescrição médica e/ou de enfermagem.
- Registrar todas atividades em prontuário domiciliar e da unidade incluindo a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de contaminação

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- Não faz parte do escopo desse procedimento: pacientes com disfunção vesical transitória tais como: retenção urinária pós-operatória (pós-cirurgia de suspensão vesical, colporrafia anterior, histerectomia, cirurgias proctológicas orificiais, cirurgias neurológicas, retenção puerperal, etc).
- Se houver resistência na introdução do cateter, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho do cateter uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral da criança. Os cateteres mais utilizados em crianças são: nº 6 a 12.
- Se necessário, de acordo com a idade da criança, o procedimento pode ser explicado utilizando bonecos.
- O volume de urina drenado a cada cateterismo não deve ser superior a 400 ml.
- Caso ocorra comunicar ao médico para avaliação e conduta.
- A frequência do cateterismo pode variar dependendo da ingesta líquida, capacidade vesical e os parâmetros urodinâmicos.
- Treinar o paciente ou seu cuidador a realizar a técnica de forma segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- LOPES, L. A. M.; LIMA, E. D. R. P.. Continuidade do Cateterismo Vesical Intermitente: pode o suporte social contribuir? Rev. Latino-Am. Enfermagem, maio-jun. 2014; 22(3): 461-6.
- ASSIS, G. M. at al. Uso de cateteres vesicais para cateterismo intermitente limpo: satisfação da pessoa com lesão medular. Cogitare Enferm. 2015 Out/dez; 20(4): 813-820.
- European Association of Urology Nurses. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care Catheterisation. Urethral intermittent in adults. Dilatation, urethral intermittent in adults. 2013.
- Projeto Diretrizes AMB_CFM – Bexiga Urinária: Cateterismo Intermitente – Sociedade Brasileira de Urologia – 2008.
- Protocolo de Bexiga Neurogênica – Brasília – DF – 2011.
- Recomendações da sociedade Brasileira de Uroneurologia, 2013.
- Morooka M, Faro ACM. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4): 324-31.

Descritores: PCR no domicilio, Manobras de PCR, PCR, Parada Cardio Respiratória	**MANEJO NA PCR**	**POP 042**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Reconhecer precocemente e dar encaminhamentos devidos as paradas cardiorrespiratórias (PCR) até transferência de atendimento para equipe do serviço pré-hospitalar (SAMU) ou serviço hospitalar. Utilizar suporte básico (SBV) ou avançado (SAV) de Vida, e as sequencias de avaliação primária e secundária para uma avaliação sistemática de pacientes adultos no domicílio.
2. **APLICAÇÃO**: Aplica-se a toda equipe de saúde que reconhecer a PCR durante o atendimento domiciliar.
3. **PRESCRITORES:** Toda equipe de Saúde. (EMAD e EMAP)
4. **MATERIAIS:** Máscara facial para PCR descartável, válvula de reposição para máscara facial.
5. **EXECUTORES:** Toda equipe de saúde. (EMAD e EMAP)

DESCRIÇÃO

AÇÕES

EQUIPE DE SAÚDE:

- Depois de examinar a segurança do local, abordagem sistemática primária requer que os profissionais determinem o nível de consciência do paciente. Ao se aproximar do paciente, se o mesmo parecer inconsciente use a avaliação inicial do suporte básico de vida:

Verifique resposta	Toque no ombro e pergunte em voz alta “você está bem?”
Negativa de resposta	- Grite por ajuda para alguém próximo. - Acione o serviço médico de emergência - Coloque o paciente em uma superfície rigida
Verificar Respiração e Pulso	- Confirme se não há respiração ou se a respiração é anormal (nenhuma respiração ou somente Gasping) olhando ou examinando se o tórax se movimenta durante 5 a 10 segundos - Verificação de pulso é realizada simultaneamente com a respiração para minimizar atrasos na detecção de PCR e no início da RCP. - Verifique o pulso durante 5 a 10 segundos. Se não sentir pulso em 10 segundos, inicie a RCP começando com as compressões torácicas. Se houver pulso, inicie a ventilação de resgate, administrando 1 ventilação a cada 5 a 6 segundos. Verifique o pulso a cada 2 minutos, aproximadamente.

- Se não tiver certeza quanto à presença de pulso, inicie ciclos de compressões e ventilações. Compressões desnecessárias são menos prejudiciais do que não administrar compressões quando necessárias. Atrasar ou não iniciar a RCP em um paciente sem pulso reduz a chance de sobrevivência.

RISCOS Assistenciais:

- ✓ Demora no reconhecimento da PCR
- ✓ Atendimento demorado pelo serviço médico pré-hospitalar (SAMU)
- ✓ Trauma durante a manobra de RCP

OBSERVAÇÕES:

- **Gasping ou respiração agônica**
  - Gasping ou respiração agônica não é uma respiração adequada. O gasping ou respiração agônica pode se apresentar nos primeiros minutos após a PCR.
  - Normalmente, um paciente com gasping aparenta estar inspirando muito rápido. A boca pode estar aberta e a mandíbula, a cabeça ou o pescoço pode se mover com o gasping pode ser vigoroso ou fraco. Pode haver um intervalo de tempo entre os gasping porque normalmente eles se apresentam de forma muito espaçada. O gasping pode soar como um suspiro, ronco ou gemido. Gasping não é respiração normal. É **um sinal de PCR.**
- Embora a avaliação de SBV não requeira equipamentos avançados, os profissionais de saúde podem usar qualquer suprimento ou acessório de precaução universal que estiver à disposição, como um dispositivo de ventilação com bolsa-válvula-mascara. Sempre que possível, coloque o paciente sobre uma superfície firme, em posição supino, pois assim se maximiza a eficácia das compressões torácicas. É necessário examinar rapidamente o local para verificar se existe algum motivo para não iniciar a RCP, como ameaça à segurança ou ao profissional.
- **Compressões de Qualidade:** comprimir pelo menos 5 cm do tórax, comprimir o tórax a uma velocidade de 100 a 120/mim, permita o retorno total do tórax após cada compressão.
- **Profundidade das Compressões Torácicas:** a profundidade das compressões torácicas na maioria das vezes é muito mais superficial do que profunda. Entretanto, pesquisas indicam que uma profundidade de compressão superior a 6 cm em adultos pode não ser ideal para sobrevivência à PCR e pode provocar lesões. Se você tiver um dispositivo de feedback de qualidade de RCP, é ideal definir uma profundidade de compressão de 5 a 6 cm.
- **O Profissional de Saúde Pode Adaptar a Resposta Quando Sozinho:** quando sozinhos, os profissionais de saúde podem adaptar a sequência de ações de resgate à causa mais provável de PCR. O socorrista deverá pedir ajuda (acionar o serviço médico de emergência), e então administrar a RCP.
- **RCP de alta Qualidade:** Comprimir o tórax com força e rapidez, permitir o retorno total do tórax após cada compressão, realizar a compressão torácica sob superfície rígida, minimizar interrupções nas compressões (10 segundos ou menos), evitar ventilação excessiva, alterne as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos ou antes se houver fadiga.
- **A avaliação de SBV** é uma abordagem sistemática de SBV que qualquer profissional de saúde treinado pode realizar. Essa abordagem enfatiza a RCP precoce e a desfibrilação precoce. Ela não inclui intervenções avançadas, tais como técnica de via aérea avançada ou a administração de fármacos. Usando a avaliação de SBV, os profissionais de saúde podem atingir a meta de fornecer suporte ou restaurar com eficácia a oxigenação, a ventilação e a circulação até o RCE ou o início das intervenções de SAVC. A execução das ações da avaliação de SBV aumenta substancialmente a chance de sobrevivência do paciente e de um resultado neurológico favorável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ **Suporte Avançado de Vida Cardiovascular** – Manual do Profissional American Heart Association 2016
- ✓ **Manual do professional – American Heart Association**. https://ebooks.heart.org/pt/

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: óbito, óbito no domicilio	**CONSTATAÇÃO DO ÓBITO**	**POP 043**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO:** Estabelecer fluxo para constatação e fornecimento de declaração de óbito no domicílio.
2. **APLICAÇÃO**: Usuários em acompanhamento pelo Programa Melhor em Casa que venham a óbito no domicílio.
3. **PRESCRITORES**: Médico
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Formulário de Declaração de Óbito; Materiais para aferição de sinais vitais;
5. **AGENTES EXECUTORES:** Médico

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Orientar que a família/cuidador comunique a equipe de referência quando houver suspeita de óbito dentro do horário de funcionamento do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD); • Tendo a possibilidade de atender ao chamado, o médico responsável comparece ao domicílio para avaliar as circunstâncias, constatar o óbito e fornecer Declaração de Óbito. • Após o preenchimento de Declaração de Óbito o médico deve reter a via rosa para arquivar no serviço de assistência domiciliar e orientar a família/responsável a procurar o serviço funerário com as vias branca e amarela para providenciar o transporte e demais procedimentos para o sepultamento. Nos casos de cremação é necessário assinatura de dois médicos no atestado de óbito. • Registrar o óbito em prontuário e arquivar cópia da declaração ou atestado de óbito. • Comunicar a Unidade Básica de Saúde sobre o óbito; • Programar visita pós-óbito para acolhimento da família e encerramento do acompanhamento com o Programa Melhor em Casa; • Arquivar o prontuário e dar baixa nos sistemas de informação (SIGA; E-SUS; Planilha Melhor em casa).

RISCOS ASSISTENCIAIS: Erro de preenchimento

OBSERVAÇÕES:

- Todo paciente acompanhado em domicilio a equipe deverá orientar e sensibilizar os familiares e cuidadores que na possibilidade de ocorrência de óbito no domicílio como deverão proceder.
- Caso o médico responsável não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico ou apresente dúvidas sobre as circunstâncias da morte poderá solicitar encaminhamento para o Serviço de Verificação de Óbito por meio do preenchimento da Guia de Encaminhamento de Cadáver (GEC) disponível em hospitais ou pelo site da prefeitura de São Paulo e orientar que a família procure a Delegacia de Polícia mais próxima para registrar o falecimento.
- Caso o óbito ocorra fora do horário de funcionamento do SAD ou a equipe não tenha o profissional médico disponível para constatação do óbito, orientar a família a acionar o SAMU e posteriormente dirigir-se a uma Delegacia de Polícia para registrar Boletim de Ocorrência comunicando o falecimento. A família deverá aguardar no domicílio a perícia e o transporte para o Serviço de Verificação de óbito ou Instituto Médico Legal, que após a necropsia fornecerá a declaração de óbito. Com a declaração de óbito em mãos a família deve procurar o serviço funerário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Guia de Orientação Pública: O que fazer em caso de falecimento**. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/index.php?p=20445 . Acesso em: 13/11/2018.

- ✓ SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Guia de Encaminhamento de Cadáver (GEC**). Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/index.php?p=20445 . Acesso em: 13/11/2018.
- ✓ BRASIL. Resolução CFM nº 1.779/2005, publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)
- ✓ **ATESTADO PARA ÓBITO EM DOMICÍLIO – RESPONSABILIDADE**. PARECER Nº 2581/2017 - CRM-PR Aprovado e Homologado Sessão Plenária nº 4491, de 19/06/2017.

Descritores: cuidados fonoaudiológicos, cuidados paliativos, domicilio e paliativo	**CUIDADOS PALIATIVOS EM FONOAUDIOLOGIA**	**POP 044**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Realizar atendimento fonoaudiológico em pacientes paliativos no domicilio, promovendo qualidade de vida ao paciente.
2. **APLICAÇÃO**: Aos pacientes que apresentem dificuldade na comunicação e alimentação.
3. **RESPONSABILIDADE**: Fonoaudiólogo (a).
4. **MATERIAIS:**

- *Para avaliação da Deglutição:* protocolo de avaliação de disfagia, luvas de procedimento, estetoscópio, lanterna clínica, oxímetro, abaixador de língua, seringa de 5 ml, alimento e líquido para avaliação com volume.
- *Para o atendimento:* luvas de procedimento, estímulos gustativos (alimentos), abaixador de língua, gaze.
- *Para a avaliação de Linguagem (Comunicação*): papel, caneta.
- *Para o atendimento:* figuras impressas, papel, caneta.

5. **EXECUTORES:** Fonoaudiólogo (a).

DESCRIÇÃO

AÇÕES
Avaliação / Atendimento na área da Deglutição • Solicitação de Atendimento Fonoaudiológico; • Realizar Avaliação Fonoaudiológica da Deglutição; • Se detectado na avaliação a disfagia, verificar a possibilidade de manter alimentação via oral de acordo com a qualificação da disfagia; **Se houver possibilidade de manter via oral**, realizar medidas terapêuticas para minimizar risco de Broncoaspiração; • Realizar estímulo gustativo, manobras, adaptação de consistência, volume, ritmo de oferta, postura, monitoramento do estado de alerta, responsividade e padrão respiratório; • Avaliar a possibilidade de manter a alimentação via oral**;** • Discutir o caso com equipe (médicos, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeutas) se não houver a possibilidade de manter alimentação via oral; **Optado por via alternativa de alimentação;** • Realizar medidas gustativas para manter o prazer alimentar; **Optado por via alternativa de alimentação;** • Realizar medidas terapêuticas para minimizar riscos de Broncoaspiração, fracionamento do volume (volume de conforto), preferências alimentares; **No momento da avaliação, o paciente já em estava em uso de via alternativa de alimentação**; • Verificar a possibilidade de retirar a via alternativa de alimentação de acordo com os achados da avaliação; **Possibilidade de retirar a via alternativa de alimentação;** • Realizar medidas terapêuticas para minimizar risco de Broncoaspiração; **Sem possibilidade de retirar a via alternativa de alimentação;** • Realizar medidas gustativas para manter o prazer alimentar; • Orientar aos familiares e cuidadores. **Avaliação / Atendimento na área da Comunicação** • Solicitar de Atendimento Fonoaudiológico; • Avaliar Fonoaudiológica da Linguagem; • Detectar dificuldade na comunicação verbal; • Manter por adaptações a comunicação oral; • Quando não possível manter comunicação oral, utilizar estratégias de comunicação não verbal (gestos, escrita, prancha de imagens, dar significado aos movimentos corporais);

- Orientar aos familiares e cuidadores.
- Registrar todas atividades em prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS: Broncoaspiração.

OBSERVAÇÕES:

- A família deve estar bem orientada para entender os riscos de Broncoaspiração;
- A família dever estar bem orientada para realizar medidas gustativas e/ ou oferta de via oral, para evitar riscos de Broncoaspiração.
- Os profissionais da assistência domiciliar assim como o fonoaudiólogo (a), devem estar atentos aos sinais que o paciente apresente que possa demonstrar comprometimento pulmonar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ CARRO CZ, MORETI F, PEREIRA JMM. **Proposta de atuação da fonoaudiologia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados**. Revista Distúrbio da Comunicação, São Paulo, 2017; 29(1): 178-84.
- ✓ **Conselho Federal de Fonoaudiologia**. Parecer nº 42 de 18 de fevereiro de 2016.
- ✓ PINTO AC. **Cuidados Paliativos em Fonoaudiologia**. Revista Comunicar. 2011; 12; 49: 12-3.
- ✓ ROE JW, LESLIE P. **Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative.** Int J Speech Lang Pathol. 2010; 12 (4): 329-32.
- ✓ Protocolo PAD-PED (crianças), PARD (adultos) e PITA.

Descritores: violência domiciliar, negligência, abuso, domicilio	**FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA**	**POP 045**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Descrever fluxo de Notificação quando suspeita/identificada situações de violências contra mulher, criança/adolescente, idosos, deficientes.
2. **APLICAÇÃO**: A todos pacientes que se encontram nas seguintes situações: *Negligência:* negação ou restrição de alimentos, falta de higiene, falta de apoio social, quedas por falta de supervisão ou ajuda, falta de administração de medicamentos, déficit na provisão de cuidados gerais, entre outros. *Abandono:* desamparo do paciente por uma pessoa que havia assumido a responsabilidade dos cuidados ou pela pessoa que tem o cuidado legal de sua custódia. Incluem o abandono em instituições assistenciais como hospitais, residências, clínicas, centros comerciais ou locais públicos e na via pública. *Abuso emocional/psicológico*: toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, a identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, negligência, ameaças, privação arbitrária da liberdade, confinamento doméstico, críticas pelo desempenho sexual, omissão de carinho, negar atenção e supervisão. *Abuso físico*: pode ocorrer quando uma pessoa, que está em relação de poder à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode, ou não, provocar lesões externas e/ou internas. O castigo repetido, não severo, também pode ser considerado violência física. São exemplos: espancamentos, restrições físicas, privações, uso inapropriado de fármacos, intoxicação induzida, restrições físicas e forçar a comer. Podem aparecer sinais de abuso: equimoses, fraturas e queimaduras. *Abuso econômico*: apropriação indevida de dinheiro e/ou propriedade, bloqueio ao acesso ao dinheiro ou à propriedade, roubo, extorsão afetando a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família.
3. **PRESCRITORES**: Equipe Multiprofissional
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Formulário SINAN; Fluxo de encaminhamento em caso de violência; Planilha de casos de violência.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe Multiprofissional

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Profissional identifica situações ou suspeitas de violência pelo, preenche formulário SINAN **(Anexo 19);** • Envia cópia digitalizada por e-mail à SUVIS no prazo de 24H, além disso, realiza o envio físico da notificação via malote pelo fluxo do PSM Balneário São José; • Discuti caso em reunião de equipe para definir posteriores desdobramentos de acordo com o fluxo do NPV e atualização do PTS Violência contra Mulher: Encaminhamento para acolhimento com serviço de saúde mental, Violência contra Mulher: Encaminhamento para acolhimento com serviço de saúde mental, CCM, DDM; Violência contra Criança/adolescente: Encaminhamento do caso ao Conselho Tutelar, de saúde mental; Violência contra Idoso: Encaminhamento ao Conselho Municipal e Estadual do Idoso, ao Ministério Público e serviço de saúde mental; Violência contra Deficientes: Encaminhamento a Delegacia da pessoa com Deficiência e serviço de saúde mental; • Preenchimento de Planilha de casos de violência.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Erro de registro

OBSERVAÇÕES:

- Todos os casos devem antes de registrar serem discutidos em equipe

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Linha de cuidado para Atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência**. 2015, p.22-23.

Descritores: violência domiciliar, abuso, intimidação, erotização	**FLUXO DE NOTIFICAÇÂO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**	**POP 046**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Descrever fluxo de Notificação quando suspeita/identificada situação de violência sexual; Definição das ações a serem realizadas pela equipe quando identificada uma situação de violência sexual.
2. **APLICAÇÃO**: A todos pacientes em situação de abuso sexual, ou seja, toda ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga a outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Inclui, entre forma forçada; exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçados, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo; ser forçado (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal.
3. **PRESCRITORES**: Equipe Multiprofissional.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Formulário SINAN (**ANEXO 19**); Fluxo de encaminhamento em caso de violência; Planilha de casos de violência
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe Multiprofissional

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Profissional identifica/suspeita de violência sexual; • Preenche o formulário SINAN (Anexo 10) em até 24 horas; • Envia cópia digitalizada por e-mail à SUVIS no prazo de 24H, além disso, realiza o envio físico da notificação via malote pelo fluxo do PSM Balneário São José; • Se ocorrido nas últimas 72 horas, encaminhar para realização de Profilaxia no PSM Balneário; • Discutir o caso em reunião de equipe para definir posteriores desdobramentos de acordo com o fluxo do NPV e atualização do PTS: Violência Sexual: Encaminhamento ao Hospital de Referência: Hospital Geral do Campo Limpo ou Hospital Pérola Byington (Necessário B.O.) e respectiva Delegacia/Conselho; • Preenche Planilha de casos de violência.

RISCOS ASSISTENCIAIS: Erro de registro

OBSERVAÇÕES:

- Todos os casos devem antes de registrar serem discutidos em equipe

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Linha de cuidado para Atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência**. 2015, p.22-23. Sistema de informação de agravos de notificação. Acessado em maio de 2019: http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada

Descritores: coleta, coletar exames, laboratório, coleta domicilio	**COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS**	**POP: 47**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Descrever a técnica básica para coletar exames laboratoriais no domicilio do paciente
2. **APLICAÇÃO**: a todos pacientes com necessidade de coletar exames laboratoriais
2. **RESPONSABILIDADE**: Enfermeiro
3. **MATERIAIS:** Tubos para coleta de exames, Agulhas para a coleta a vácuo, Escalpes, Algodão, Garrote, Álcool 70%, Adaptador para coleta à vácuo, Caixa isotérmica para transporte de material biológico, Gelo reciclável (tipo gelox), Braçadeira 1 p/ 15 coletas, Caixa de descarte para material perfuro cortante, Etiquetas para identificação, Luvas para procedimentos, Impressos/caderno para registro, Grade para suporte dos tubos, Coletor Universal, Coletor de urina pediátrico, Papel Lençol, Sacos de lixo branco, Papel toalha, Sacos tipo flyer, Tira adesiva-saco flyer, Sabão líquido, blood stop.
4. **AGENTES:** Enfermeiro e equipe de Enfermagem, equipe laboratorial

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Preparar o material que será usado, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo os materiais necessários. • Orientar ao paciente/cuidador/responsável no dia da coleta sobre o procedimento, checando a realização do preparo adequado para o exame, se for o caso, levantando o rol de exames a serem realizados. • Assinar o termo de procedimento **(Anexos 10)** • Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal. • Lavar as mãos. • Calçar luvas. • Receber os materiais previamente coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor. • Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames com a quantidade de tubos a serem utilizados. • Posicionar o braço do paciente, inclinando-o para baixo na altura do ombro. • Verificar o melhor local do membro para a punção, palpar a veia a ser puncionada. • Fazer assepsia no local da punção com álcool etílico ou isopropílico a 70% com movimentos de dentro para fora. • Garrotear o braço do paciente (Se o torniquete for utilizado para a escolha da veia, pedir para o paciente abrir e fechar a mão; afrouxar o torniquete e esperar 2 minutos antes de utilizá-lo novamente para realizar a coleta). • Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta e fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima. Pode esticar a pele com a outra mão para melhor visualizar a veia, se for necessário (mas não no local da antissepsia). • Abrir o lacre da agulha de coleta a vácuo na frente do paciente e rosquear no adaptador do sistema a vácuo • Realizar a coleta dos exames segundo técnica específica (punção em ângulo de 30º) nos tubos identificados e checados. • Inserir o primeiro tubo a vácuo, e soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir dentro do tubo. • Realizar as trocas dos tubos obedecendo a sequência necessária. • Aplicar protetor no local puncionado. • Fazer compressão local de mínimo de 1 minuto e pedir para que o paciente ou cuidador fiquem por mais um minuto comprimindo o local. • Descartar a agulha imediatamente após a remoção do braço do paciente em recipientes de materiais perfurocortante com o auxílio de uma pinça ou em caixas próprias, NUNCA COM AS MÃOS.

Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte até a unidade ou ao laboratório.

- Homogeneizar os tubos com anticoagulantes por inversão por 08 vezes.
- Realizar o descarte de material perfuro cortante, respeitando as normas de biossegurança.
- Orientar sobre o resultado (dia, se retira na unidade ou se será enviado para o domicilio).
- Checar no prontuário domiciliar e na unidade o que foi colhido, se houve intercorrência durante o procedimento e os resultados dos exames.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Contaminação com material biológico
- Falta ou falha na identificação
- Erro de acondicionamento
- Troca de tubos

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- É muito importante fornecer aos pacientes as orientações corretas de preparo prévio para coleta.
- As orientações mais simples podem ser dadas verbalmente, devendo, entretanto, ser claras e de fácil entendimento.
- As orientações mais complexas devem ser dadas por escrito.
- Para evitar falsas hemoconcentrações e microcitoses não deixe o torniquete amarrado por
- mais de 1 minuto.
- Caso ocorra contaminação com material biológico, deve-se providenciar sua imediata descontaminação (desinfecção com hipoclorito a 1%) em seguida limpar com água e sabão.
- 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.
- A maioria dos materiais biológicos deve ser conservada em refrigeração.
- As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.
- Os resíduos gerados na coleta deverão ser segregados de acordo com as normas de biossegurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ 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 (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
- ✓ 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).

Descritores: coleta, coletar exames, laboratório, coleta domicilio	**COLETA DE EXAMES DOMICILIAR – FLUXO DE ROTINA**	**POP 048** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Estabelecer o fluxo de coleta domiciliar, padronizar o transporte e entrega do material.
2. **APLICAÇÃO**: Todo paciente que necessite de coleta de material biológico (sangue, urina, fezes, secreções e ou raspado de tecido) para análise laboratorial realizado no domicílio, em caráter eletivo.
3. **PRESCRITORES**: Médico e Enfermeiro.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Tubos para coleta de exames; Agulhas para a coleta a vácuo; Escalpes; Garrote; Álcool 70%; adaptador para coleta à vácuo; Caixa de descarte para material perfurocortante; Etiquetas para identificação; Luvas para procedimentos; impressos/caderno para registro; Coletor Universal; Coletor de urina pediátrico; Sacos de lixo branco; Sacos tipo flyer; Tira adesiva-saco flyer; Álcool em gel.
5. **AGENTES EXECUTORES**: Médico, Enfermeiro (a) e equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• No final do dia anterior ao da coleta, organizar e verificar o abastecimento de materiais necessários, verificar/realizar a identificação do paciente impressa no verso da SADT (CNS), montar os kits de coleta de acordo com os exames solicitados, que deverá ser feito pelo auxiliar de enfermagem; • Dirigir se ao domicilio do paciente acompanhado do motorista da equipe, checando o preparo adequado para o exame, levantando o rol de exames a serem realizados e orientando para os procedimentos; • Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando em saco plástico; • Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos; • Colher o material segundo técnica específica **(POP 47)**; • Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte; • Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança; • Transportar o material coletado até a UBS; • Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal; • Acondicionar as amostras nos sacos plásticos referentes a cada tipo de material e Sacos tipo flyer previamente etiquetados pelos profissionais da UBS; • Realizar a retirados dos resultados de exames coletados na semana anterior e separados pelos profissionais da UBS na caixa da EMAD.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Falta ou falha na identificação
- Erro de acondicionamento
- Troca de tubos

OBSERVAÇÕES:

- Realizar o procedimento com muita concentração

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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).

Descritores: coleta, coletar exames urgentes, laboratório, coleta exames no domicilio	**COLETA DE EXAMES DOMICILIAR – FLUXO DE URGÊNCIA**	**POP 049** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Estabelecer o fluxo de coleta domiciliar em situações de urgência, padronizar o transporte e entrega do material.
2. **APLICAÇÃO**: Todo paciente que necessite de coleta de material biológico (sangue, urina, fezes, secreções ou raspado de tecido) para análise laboratorial realizado no domicílio, em caráter de urgência
3. **PRESCRITORES**: Médico e Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Tubos para coleta de exames; Agulhas para a coleta a vácuo; Escalpes; Algodão; Garrote; Álcool 70%; adaptador para coleta à vácuo; Caixa de descarte para material perfurocortante; Etiquetas para identificação; Luvas para procedimentos; impressos/caderno para registro; Coletor Universal; Coletor de urina pediátrico; Sacos de lixo branco; Sacos tipo flyer; Tira adesiva; Álcool em gel.
5. **AGENTES EXECUTORES**: Médico**,** Enfermeiro equipe de Enfermagem.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Dirigir se ao domicilio do usuário acompanhado do motorista da equipe, com a solicitação do exame de urgência com o rol de exames a serem realizados; • Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, hematologia, urina); • Colher o material segundo técnica específica **(POP 47)**; • Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança; • Identificar os materiais e os exames; • Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte; • Registrar os exames coletados e os que não foram descrever por qual motivo em impressos da solicitação, prontuário do paciente domiciliar e da unidade; • Entregar o material e solicitação de exames devidamente etiquetados no laboratório; • Retirar o resultado dos exames após 2 horas e anexar ao prontuário do paciente domiciliar e da unidade • Solicitar avaliação medica e ou do enfermeiro.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Falta ou falha na identificação
- Erro de acondicionamento
- Troca de tubos

OBSERVAÇÕES:

- Realizar o procedimento com muita concentração

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

✓ 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).

Descritores: ventilação mecânica, ventilação domicilio, ventilação não invasiva domiciliar, ventilação invasiva domiciliar	**VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA E NÃO INVASIVA DOMICILIAR**	**POP 050** Emissão: Validade: 4 anos

1. **OBJETIVOS**: Intervir de modo a assegurar adequada e efetiva dinâmica ventilatória ao beneficiário
   - Manutenção da vida de paciente com quadro de insuficiência respiratória crônica em seu domicílio com o apoio de ventiladores mecânicos domiciliares
   - Menor exposição a infecções hospitalares
   - Melhorar qualidade de vida dos pacientes com maior vínculo família- paciente- equipe de assistência domiciliar
   - Redução de morbidades
   - Promover melhor relação Custo – Efetividade
2. **APLICAÇÃO:** Aos pacientes que apresentam quadro de insuficiência respiratória crônica devido:
   - Doenças neuromusculares como: Esclerose Lateral Amiotrófica e Distrofia Musculares
   - Doenças torácicas restritivas como: Trauma Raquimedular Cifoescoliose e sequelas de poliomielite
   - Doenças com sinais de hipoventilação noturna como: hipoventilação alveolar central, síndrome da apneia central idiopática, respiração de Cheyne Stokes e Síndrome de Obesidade Hipoventilação
   - Síndrome da Apneia e Hipopnéia do sono.
3. **PRESCRITORES**: Equipe EMAD: Médico, Fisioterapeuta, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo, além do consentimento do paciente quando possível, cuidador e sempre com Hospital de Retaguarda
4. **MATERIAIS:** Ventiladores mecânicos domiciliares, Circuitos, Interfaces, Humidificador, Bateria, reanimador manual (ambu). Aspirador traqueal elétrico e aspirador a vácuo (cilindro de oxigênio com válvula de venturi)
5. **EXECUTORES:** Médico, Enfermeiro. Fisioterapeuta. Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Cuidador/ familiar e Hospital de Retaguarda

DESCRIÇÃO

AÇÕES
NA INSTALAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA • Higienização as mãos **(POP 001)** • Preparar o material a ser utilizado • Esclarecer o paciente e ou cuidador/ familiar sobre os procedimentos a serem realizados e orientá-los no tempo e espaço mesmo quando sedado. • Explicar ao paciente e ou cuidador/ familiar sobre eventual necessidade de comunicar-se usando um meio alternativo. • Friccionar as mãos com álcool gel por 30 segundos • Calçar luvas de procedimento • Sedar o beneficiário quando necessário conforme prescrição médica • Disponibilizar laringoscópio e tubo orotraqueal quando solicitado pelo médico • Realizar fixação de tubo com cadarço ou dispositivo apropriado • Conectar AMBU e ou traqueia de respirador para ser conectado ao tubo conforme solicitação médica • Recolher materiais • Retirar luvas de procedimento • Higienizar as mãos • Friccionar as mãos álcool gel por 30 segundos. • Anotar o procedimento em prontuário domiciliar e da unidade.

NA MANUTENÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Manter a cabeceira elevada a 30°, se não houver contraindicação
- Manter vigilância constante, atentando para os alarmes do ventilador mecânico
- Verificar o funcionamento do ventilador mecânico, dos acessórios, os parâmetros ajustados e anotar quaisquer alterações realizadas
- Desprezar a água de condensação do circuito e dos copos coletores de drenagem em recipiente destinado e desprezar na rede de esgoto
- Observar a amplitude e simetria da caixa torácica e realizar ausculta pulmonar
- Monitorizar a saturação de O2 (SaO2) com oxímetro de pulso
- Realizar monitorização do traçado eletrocardiográfico se necessário e indicado, bem como os sinais vitais,
- Observar coloração das mucosas e da pele,
- Verificar nível de consciência, sinais neurológicos,
- Manter o paciente sedado, a critério médico e da equipe e família,
- Manter umidificação e aquecimento adequado, verificando o nível e a temperatura da água do umidificador, de acordo com a orientação do fabricante.
- Aspirar secreção traqueal se necessário, aplicando técnica conforme **POP 31.**
- Anotar o procedimento em prontuário domiciliar e da unidade.

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Complicações Clínicas: desospitalização precoce e pacientes instáveis, instabilidade respiratória ou hemodinâmica durante acompanhamento em domicílio, a qual pode agravar a doença de base, barotrauma e volume trauma,
- Complicações com o Ventilador: ventilador inadequado como paciente, como por exemplo pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva em uso de ventiladores sem suporte de vida, falha do ventilador como alarmes, quebra do aparelho, desconexão paciente-aparelho, falha ou quebra de bateria
- Complicações Domiciliares: fonte de energia inadequada ou instável, falta de energia, ausência de cadastro sobrevida na rede elétrica de seu município ou falha desse serviço, condições domiciliares inadequadas com ambiente insalubre com poucas condições de saneamento básico, ausência de avaliação de rede elétrica por serviço da EMAD antes de liberação de domicilio para instalação de ventilador
- Complicações Familiares: quadro de depressão, ansiedade e desestruturação familiar devido cuidador sobrecarregado com tantas funções, cuidadores não treinados corretamente para situações de emergência como utilização de reanimador manual, aspiração traqueal errônea.
- Complicações Estruturais: falta de matérias de urgência e emergência no domicílio como o reanimador manual(ambu), aspirador elétrico e aspirador tipo Venturi (vácuo) conectado a cilindro de oxigênio para situações de emergência como falta de energia no domicilio, ausência de equipe e hospital de retaguarda, ausência de enfermagem em domicilio.

OBSERVAÇÕES:

- Ventiladores mecânicos domiciliares: A indicação do melhor ventilador para a patologia do paciente deverá ser informada pelo médico assistente para garantir a segurança do paciente em seu domicilio.
- **CPAP:** possuem indicação para ventilação mecânica não invasiva.
  Este ventilador permite a produção de um fluxo constante e uniforme de ar para as vias aéreas superiores de maneira contínua durante a inspiração e expiração. As indicações são: Doença pulmonar obstrutiva crônica, apneia do sono de origem obstrutiva. Cada aparelho possui especificações especificas em modo de funcionamento, configuração de máscara, alívio de pressão, armazenamento de dados, rampa, voltagem do ventilador e seus devidos fabricantes.
- **BIPAP:** possui indicação para ventilação mecânica não invasiva
  Este ventilador permite o ajuste dos níveis de pressão do ar durante o uso de forma que fornece ao paciente a quantidade adequada de pressão de ar na inspiração e expiração. As indicações: doença neuromusculares, apneia do sono de origem central.

- **Respiradores:** possui indicação para ventilação mecânica não invasiva e principalmente a ventilação mecânica invasiva, a qual necessita de suporte de vida que é garantida através de bateria interna de maior duração, assim garantindo a segurança no domicilio em situações como quedas de eletricidades mais longa, além de garantir circuito ativo. Este ventilador pode ventilar de forma pressórica ou volumétrica. Permite o ajuste dos níveis de pressão sensibilidade e modo ventilatório. As indicações: doença neuromusculares e degenerativas.
- O melhor ventilador e o melhor modo ventilatório dependerão da patologia do paciente.
- Normalmente os pacientes em uso de ventilação mecânica não invasiva utilizam o modo a pressão de suporte e normalmente apresentam boa tolerância, já os pacientes com ventilação mecânica invasiva normalmente ventilam a volume controlado, principalmente em pacientes portadores de doenças neuromusculares.
- **Circuitos:** Existem atualmente três tipos de circuitos que devem ser monitorados: Circuito único com orifício de vazamento para escape de CO2 utilizado em ventiladores BIPAP; Circuito único com válvula; Circuito duplo com válvula que permite a monitorização do volume expiratório. É orientado que sempre o orifício de vazamento esteja próximo ao paciente, pois modificações em seu orifício pode gerar acúmulo de CO2 no paciente.
- **Interfaces:** *Ventilação mecânica não invasiva*: diversos tipos de máscaras sendo: orofacial, facial, bocal, nasal. A escolha dependerá da tolerância do paciente e eficiência da ventilação. *Ventilação mecânica invasiva:* diversa cânulas de traqueostomias sendo: Cânula metálica e ou Cânula de PVC sendo: com balonete ou sem balonete, com lúmem único ou duplo ou duplo lúmem com fenestra. A escolha do dispositivo dependerá de características do paciente como anatomia, distúrbios de deglutição, possibilidade de fonação.
- **Umidificador:** Tipos - ativos ou passivos. Devem ser utilizados sempre em: pacientes ventilados no período noturno e em situação de ventilação mecânica invasiva. A umidificação aquecida deve ser realizada em: pacientes secretivos e uso de oxigenioterapia.
- **Bateria:** Importante para manter ventilador em funcionamento em situações de queda de energia. Os ventiladores tipo Respiradores possuem bateria interna com maior tempo de duração sendo considerados ventiladores com suporte de vida e que devem ser utilizados em paciente com ventilação mecânica invasiva devido gravidade dos casos. Somente o ventilador deve ser ligado a bateria.
- **Reanimador manual (ambu):** Essencial para manter a vida do paciente em situações de: queda de energia, quebra do ventilador ou bateria.
- **Realização de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal**
- Todo paciente em uso de ventilador deve possuir este aparelho em domicilio e seu cuidador deve estar treinado quanto ao seu manuseio.
- **Aspirador traqueal elétrico e aspirador a vácuo** (cilindro de oxigênio com válvula de Venturi): Utilizado em paciente em uso de traqueostomia para a aspiração de secreções em traqueia e vias aéreas superiores. Essencial o uso de aspirador traqueal elétrico e a vácuo para evitar rolos de secreção em traqueostomia e consequentemente quadros de insuficiência respiratória aguda e óbito do paciente.
- Cilindro de oxigênio com válvula de Venturi é utilizado para aspiração traqueal a vácuo em situações de queda de energia.

<u>Critérios para indicação de Ventilação Mecânica Domiciliar independente da patologia:</u>

Será indicado a ventilação domiciliar para os pacientes já hospitalizados com ventilação mecânica invasiva ou não invasiva com laudo médico com os seguintes critérios:

- ✓ Termo de Consentimento informado pelos familiares (**ANEXO 10**)
- ✓ Presença de cuidador em domicilio adequado e orientado com treinamento hospitalar antes da desospitalização
- ✓ Domicílio livre de riscos com avaliação de insalubridade, condições de saneamento básico e rede elétrica estável
- ✓ Necessidade de suporte ventilatório > ou =20 horas por dia

- ✓ Traqueostomia com via aérea estável
- ✓ Condições clínicas estáveis: sem arritmias ou disfunção grave cardíaca e processos infecciosos agudos, com FiO2 < 40%. Nutrição adequada, estabilidade metabólica
- ✓ Seguimento de atendimento domiciliar garantido por equipe de Serviço de Atendimento domiciliar com equipe Multiprofissional com: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, assistente social conforme avaliação médica hospitalar antes da desospitalização.
- ✓ Fornecimento de hospital de retaguarda que garanta a internação em qualquer situação de urgência ou emergência.

Critérios para indicação de Ventilação Mecânica Domiciliar por situações clínicas:

- Doenças Neuromusculares e Doenças torácicas restritivas:

Será indicado a ventilação domiciliar para os pacientes com: sintomas acima de um, acrescido de um critério fisiológico ou funcional.

- ✓ Critérios de sintomas: fadiga, cefaleia, dispneia ou disfunção cognitiva, sonolência
- ✓ Critérios Fisiológicos: Gasometria arterial diurna: PaCO> ou =45mmHg, desaturação noturna em oxímetro com SatO2< 88% por mais que 5 minutos

- ✓ Critérios Funcionais: Espirometria com Capacidade Vital Forçada < ou = 50% e ou Pressão inspiratória máxima < 60cmH2O.

- Doenças com Sinais de Hipoventilação Noturna:

Será indicado a ventilação domiciliar para os pacientes com mais de um dos critérios de sintomas, acrescido de um critério fisiológico e funcional.

- ✓ Critérios de sintomas: fadiga, cefaleia, dispneia ou disfunção cognitiva, sonolência
- ✓ Critérios Fisiológicos: Gasometria arterial diurna: PaCO2 > ou =45mmHg e PaCO2 no sono ou após despertar > ou =7mmHg da paCO2 basal acordado.
- ✓ Critérios Funcionais: Espirometria com relação VEF1/CVF pós broncodilatador > ou =70% e Polissonografia com SaO2 < = 88% por mais que 5 minutos durante o sono não causado por eventos obstrutivos.

- Síndrome de Apneia e Hipopnéia do sono:

Será indicado a ventilação domiciliar com CPAP para os pacientes com:

- ✓ Índice de distúrbios respiratório> 30horas, comprovando em polissonografia de noite inteira do tipo 1
- ✓ Paciente com titulação da pressão contínua do CPAP

Será indicado a ventilação domiciliar com BIPAP para os pacientes com:

- ✓ Paciente que necessite titulação da pressão contínua do CPAP > ou =15 cmH2O
- ✓ Pacientes com sinais e sintomas de hipoventilação noturna.

Tipos de Ventilação Mecânica:

- Ventilação Mecânica invasiva: é aquela na qual o paciente utiliza prótese em via aérea podendo ser tubo oro ou nasotraqueal ou cânula de traqueostomia como interface entre o paciente e o ventilador.

- Ventilação Mecânica não invasiva: é aquela a qual o paciente utiliza máscaras como interface entre o paciente e ventilador.

Desospitalização programada entre equipe hospitalar, domiciliar e família

- Treinamento do cuidador em hospital e manutenção na assistência domiciliar
- Cursos de reciclagem de treinamento do cuidador
- Qualquer momento que seja verificado falha do treinamento ou cuidador sobrecarregado avaliar a necessidade de troca de cuidador ou se não possível resolução do problema reinternar o paciente até resolução para garantir a segurança do paciente.

Atenção às principais complicações do uso de ventilação mecânica domiciliar:

- Diminuição de débito cardíaco principalmente se paciente sob pressão positiva, por reduzir o retorno venoso e pré-carga ventricular direita
- Alcalose respiratória aguda: muito comum. Pode prejudicar a perfusão cerebral e predispor a arritmias. Secundária: dispneia, dor, agitação, hiperventilação alveolar. Correção: ajuste de frequência respiratória, volume correte
- Elevação de pressão intracraniana: se paciente sob pressão positiva. Contraindica a continuidade de acompanhamento domiciliar.
- Meteorismo: distensão gástrica. Principalmente paciente com baixa complacência pulmão-tórax
- Pneumonia: com: febre, secreção purulenta, leucocitose ou leucopenia, infiltrado pulmonar novo. Contraindica a continuidade de acompanhamento domiciliar.
- Atelectasia: Causas: rolos de secreção em na cânula de traqueostomia ou nas vias aéreas e hipoventilação alveolar. Corrigir: com aspiração traqueal e de vias aéreas superiores
- Barotrauma/ volume trauma: ocorre se pressões ou volumes muito altos. Contraindica a continuidade de acompanhamento domiciliar.
- Lesões por pressão por uso de equipamento; lesões em lábios ou traqueia devido fixação de máscaras e por pressão elevada em balonete de cânula de traqueostomia
- Qualquer complicação que gere instabilidade clínica e hemodinâmica do paciente deve ser avaliada por médico e indicada a reinternação hospitalar, por isso a importância de visitas frequentes.

➢ **Treinamento cuidadores em situações de emergência e urgência no domicilio como**:

- Falta de energia no domicilio:
  - Verificar se o ventilador está conectado a bateria,
  - Entrar em contato com a assistência domiciliar e a instituição fornecedora de energia de sua cidade com o cadastro sobrevida.
  - Se ventilador parar de funcionar imediatamente retirar a máscara do paciente, se paciente em ventilação mecânica não invasiva ou conecte a cânula de traqueostomia ao reanimador manual, se este estiver em ventilação mecânica invasiva. Utilize o reanimador manual imediatamente até a chegada do serviço de emergência ou retorno da energia.

- Quebra do ventilador:
  - Se ventilador parar de funcionar imediatamente retirar a máscara do paciente, se paciente em ventilação mecânica não invasiva ou conecte a cânula de traqueostomia ao reanimador manual, se este estiver em ventilação mecânica invasiva. Utilize o reanimador manual imediatamente até a chegada do serviço de emergência ou retorno da energia.

Em todas essas situações é necessário garantir materiais essenciais no domicílio: bateria, reanimador manual, aspirador a vácuo com cilindro de oxigênio.

Quanto as competências da equipe:

a) MÉDICO:

- Solicitação de ventilador adequado a patologia de seu paciente e materiais essências para segurança do paciente em seu domicilio.
- Garantir a segurança do paciente em domicilio e reinternação imediatamente de seu paciente caso verifique risco a vida do paciente conforme descrito nos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica.
- Visitas domiciliares diária com anamnese e exame físico e registradas em prontuário como sugerida por último parecer aprovado pelo CFM N°1735/2006-CRM-PR
- Ajuste de parâmetros do ventilador e alarmes
- Caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assumirá a responsabilidade pela emissão da declaração de óbito.
- Verificação de integridade de aparelhagem no domicilio
- Cadastro sobrevida

b) FISIOTERAPEUTA:

- Realização de fisioterapia respiratória conforme plano de tratamento proposto em discussão com médico da equipe
- Ajuste de parâmetros do ventilador e alarmes
- Verificação de integridade de aparelhagem no domicilio

c) ENFERMAGEM

- Avaliação pelo Enfermeiro com anamnese e exame físico do paciente, atenção ao sincronismo paciente-ventilador, sinais vitais
- Avaliação da necessidade de enfermagem no domicílio.
- Observação da integridade dos materiais essenciais no domicilio como: ventilador com seus alarmes e bateria, circuitos do ventilador, humidificador, interfaces, aspirador traqueal e reanimador manual
- Supervisão e monitoramento dos auxiliares, técnicos de enfermagem e cuidadores na realização de procedimentos no domicilio e capacitação dos mesmos, conforme **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014.**

d) ASSISTENTE SOCIAL

- Avaliação social antes da admissão do paciente e durante o acompanhamento do paciente e família

e) PSICÓLOGO

- Avaliação psicológica na admissão e durante o acompanhamento do cuidador para identificar cuidadores sobrecarregados e evitar riscos ao paciente devido Burnout dos cuidadores
- Aplicação de escala Zart aos cuidadores antes da admissão e durante o acompanhamento
- Caso seja identificado por profissional sintomas de Burnout avisar imediatamente Equipe EMAD para providências quanto a situação para avaliação de intervenções.

f) CUIDADOR

- Termo de Consentimento informado (**ANEXO 10**)
- Realização de atividades de autocuidado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Ministério da Saúde. Portaria n°825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS) e atualiza as equipes habilitadas**
- ✓ NEAD- Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar**. Tabela de Avaliação para planejamento de atenção domiciliar**, 2016.
- ✓ Ministério da Saúde. **Melhor em casa a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Caderno de Atenção Domiciliar. Brasilia -DF, Vol2, N°39, 2013.

- ✓ Conselho Regional de Medicina do Paraná - Parecer n° 1735/2006 - CRM-PR. Processo consulta n 15/2006- Protocolo n° 1809/2006. Assunto: **Ventilação mecânica, tratamento domiciliar.** Parecerista: Cons. Roseni T. Florêncio.
- ✓ COREN SE. Parecer Técnico N°47/2015. **Cuidados domiciliares que competem a equipe de enfermagem e aos cuidadores leigos**.
- ✓ THOMPSON A. **Ventilação Mecânica domiciliar- Uma realidade cada vez mais frequente**. Pulmão RJ 2015;24(3):49-53.6
- ✓ FERNANDES C, MAIA IS, FORTE DY, OLIVEIRA MG. **Diretrizes para oxigenioterapia e ventilação domiciliar.** Florianópolis -2015.
- ✓ Código de Ética Médica
- ✓ COSTA IAC. BURNOUT et al. **Qualidade de vida em prestadores de cuidados informais.** Universidade Fernando Pessoa. Porto,2009
- ✓ ALMEIDA, ARCB. **A síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados**. Universidade de Beira Interior. Covilha, Out. 2013.
- ✓ CONITEC. **Ventilação mecânica invasiva no domicilio**. Relatório de recomendações. Ministério da Saúde. Ago/2017
- ✓ MIGUIR TVD et al. **Oxigenioterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar.** Belo Horizonte: Nescon UFMG,2013.
- ✓ Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n° 81, de 10 de outubro de 2003.
- ✓ TROSTER EJ. **Assistência ventilatória domiciliar em crianças. Jornal de Pediatria.** Vol.77, N°2,2011
- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência- Brasilia: Ministério da Saúde,2016.
- ✓ RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014, acessado pelo: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: cuidados paliativos, manejo da dor	**ANALGESIA PRÉ- MANIPULAÇÃO**	**POP 051**
		Emissão:
		Validade: 04 anos

1. **OBJETIVO**: Promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes durante a realização de procedimentos.
2. **APLICAÇÃO**: Pessoa que enfrentam sofrimentos com o avançar de suas doenças crônicas, cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos, e proximidade com a terminalidade.
3. **PRESCRITORES**: Médico.
4. **MATERIAIS:** EPI, medicamento conforme prescrição médica.
5. **EXECUTORES:** Cuidador, familiares e equipe de enfermagem.

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Lavar as mãos; • Explicar o procedimento ao paciente e cuidador/ familiar; • Assinar o termo de procedimento **(Anexos 10)** • Verificar e avaliar a viabilidade do procedimento no ambiente; • Orientar o cuidador a administrar o analgésico oral conforme orientação médica, e preferencialmente antes dos procedimentos; • Realizar analgesia IM ou via parenteral segundo POP do tipo de administração do analgésico; • Realizar lavagem das mãos; • Registrar o procedimento em prontuário.

RISCOS ASSISTENCIAIS: todos relacionados no POP de medicação

OBSERVAÇÕES:

- O paciente e ou cuidador familiar deverão assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido para procedimento **(Anexo 10)**
- Deverá estar amparado a uma avaliação multidisciplinar

REFERÊNCIAS:

- ✓ BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32: **Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília, 2005.
- ✓ SALES, C. B. et al . **Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades**. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 1, p. 126-134, Feb. 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 Fev. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621.
- ✓ FONSECA, E. F.; PENAFORTE, M. H. O. ; MARTINS, M. M. F. P. S. **Cuidados de higiene - banho: significados e perspectivas dos enfermeiros.** Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. ser IV, n. 5, p. 37-45, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 05 fev. 2018. http://dx.doi.org/10.12707/RIV14066.
- ✓ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar** /Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2v.: il.

Descritores: resíduos domicilio, resíduos, descarte de resíduos	**MANEJO E DESCARTE DE RESÍDUOS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR**	**POP 052**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Propiciar uniformidade no gerenciamento dos resíduos sólidos gerados nos domicílios oriundos do atendimento realizados pelas EMADs
2. **APLICAÇÃO**: Aplica-se ao descarte e disposição final dos resíduos das EMADs e EMAPs manuseados corretamente pelos Cuidadores, abrangendo, garantindo condições de higiene e segurança no processo de resíduos infectantes, especiais e comuns residências dos pacientes
3. **PRESCRITORES**: Toda equipe multiprofissional.
4. **MATERIAIS:** Caixa rígida com tampa ou monobloco plástico, saco branco leitoso com simbologia infectante, caixa de perfuro cortante, saco plástico comum
5. **EXECUTORES:** toda equipe multiprofissional e cuidadores/ familiares.

DESCRIÇÃO

AÇÕES

Os Resíduos de Saúde gerados nas residências são classificados como:

- **Classe A**

Resíduos Infectantes

Tipo A.4 - Perfurante ou Cortante: agulha, ampola, pipeta, lâmina de bisturi e vidro.

Tipo A.6 - Assistência ao Paciente: secreções, excreções e demais líquidos orgânicos procedentes de pacientes, bem como os resíduos infectocontagiosos.

Resíduo Especial

Tipo B.2 - Resíduo Farmacêutico: produto medicamentoso com prazo de validade vencido, contaminado, interditado ou não utilizado.

- **Classe B**

Resíduos Químicos

Resíduos que contém substâncias químicas com o potencial de riscos à saúde pública ou ao meio ambiente: drogas quimioterápicas, medicamentos vencidos, produtos químicos, reveladores e fixadores das máquinas de radiologia, lâmpadas, termômetros, etc.

- **Classe C**

Resíduo Comum - Todos aqueles que não se enquadram no tipo A e B, que por sua semelhança aos resíduos domésticos, não oferecem risco adicional à saúde pública. p.ex.: resíduo da atividade administrativa, dos serviços de varrição e limpeza de jardins e restos alimentares que não entraram em contato com pacientes.

- **Manuseio e Acondicionamento na Fonte:**

- No manuseio de resíduos de serviços de saúde o cuidador/profissionais deve usar equipamentos de proteção individual (EPI)
- Todos os cuidadores/profissionais de saúde envolvidos no manuseio, acondicionamento, transporte interno e armazenagem de resíduos sólidos, devem ser capacitados para segregar adequadamente os resíduos e reconhecer o sistema de identificação
- Os resíduos de assistência ao paciente, no momento de sua geração deverão se acondicionado próximo ao local de sua geração, em saco plástico branco leitoso, impermeável, não se admitindo a abertura ou rompimento do saco sem prévio tratamento.
- Todo resíduo, perfurante ou cortante, no momento de sua geração tem que ser disposto em recipiente apropriado no local de geração, em saco plástico impermeável e colocado em recipiente de material rígido identificado como Resíduo Infectante e o símbolo
- O resíduo farmacêutico tem que ser disposto em recipiente compatível com suas características físico-

químicas, de forma a não sofrer alterações que comprometam a segurança durante o armazenamento e o transporte.

- O resíduo farmacêutico tem que ser disposto em recipiente identificado com o nome da substância ou resíduo.
- Os lixos comuns são dispostos em saco plástico para lixo domiciliar de qualquer cor os diferenciando segundo a possibilidade da reciclagem dos mesmos.

A. Coleta e Acondicionamento no Domicílio:

Resíduos infectantes:

- Prover lixeiras com tampas (verificar o que se adapta no domicilio) para resíduos infectantes e identificadas por cor, símbolo ou inscrição;
- A equipe EMAD ou cuidador deverão observar a cor do saco onde os resíduos infectantes serão depositados antes dê sua colocação na lixeira;
- Colocar um saco novo, fixando-o firmemente nas bordas da lixeira;
- O saco deverá ser fechado sempre que atingir o limite de enchimento ou uma vez por semana pelo cuidador ou EMAD;
- A retirada do saco da lixeira será realizada pelo cuidador ou pela equipe EMAD pelo menos 1 vez por semana e encaminhado a Unidade de Saúde para seu acondicionamento no abrigo intermediário,
- Orientar cuidador e ou familiar da casa a lavar as lixeiras uma vez por semana dependendo do volume de lixo, após a retirada do resíduo pela EMAD_EMAP ou sempre que houver vazamento do saco com água, detergente e desinfetá-las com hipoclorito de sódio;

Resíduo perfurante ou cortante

- Prover dispositivo adequado, tal como descartex ou outro que possibilite o descarte/manuseio seguro pelo cuidador/equipe EMAD
- A retirada do resíduo perfurante ou cortante será realizada pela equipe EMAD cada 30 dias ou antes se necessário, sempre respeitando máximo de 2/3 do uso do recipiente.

Resíduo farmacêutico

- A EMAD deverá recolher o resíduo farmacêutico e acondicioná-lo e identificando-os em recipiente adequado.

Resíduos contendo substâncias químicas: podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Produtos hormonais e produtos antimicrobianos, imunossupressores, digitálicos.
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes, resíduos contendo metais pesados, reagentes de laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores)

Resíduo Comum

- Acondicionar em lixeira doméstica sem a necessidade de identificação,
- A retirada do resíduo será de responsabilidade do cuidador/familiares

B. Acondicionamento/Disposição Final / Transporte Externo

- A EMAD deverá realizar o recolhimento dos resíduos gerados pelo atendimento para o seu acondicionamento no Abrigo Intermediário da UBS referência, não necessitando de qualquer licenciamento, seja de operação ou ambiental, para realizar o transporte dos resíduos do atendimento à UBS de referência. Devem ser atendidas as condições de transporte seguro previstas na Resolução ANVISA RDC n° 33 6.4.2
- Os resíduos das residências ficarão armazenados no Abrigo de Resíduo aguardando o serviço municipal de coleta para ser transportado para a disposição final.

C. **Treinamento do Cuidador**

- Efetuar treinamento para os cuidadores responsáveis da coleta, abordando os seguintes tópicos: a classificação, manuseio/acondicionamento, transporte, doenças veiculadas através do lixo e primeiros socorros.
- Estabelecer um Programa de Saúde para os Cuidadores que tenha por objetivo a promoção da saúde e prevenção das doenças

Simbologia de Risco Biológico/ infectante **Simbologia de Risco Químico**

RISCOS ASSISTENCIAIS:

- Risco de acidente com perfuro cortante

OBSERVAÇÕES:

- A responsabilidade do gerenciamento de resíduos se aplica única e exclusivamente aos resíduos decorrentes do atendimento propriamente dito. Resíduos gerados pelo paciente em função de prescrições médicas e/ou procedimentos terapêuticos não executados pela equipe que presta o atendimento domiciliar, não são de responsabilidade da equipe prestadora de atendimento (SAD).
- O SAD deverá orientar os pacientes quanto ao correto manejo dos resíduos, principalmente em relação aos resíduos perfurocortantes e medicamentos que oferecem risco em seu manuseio, devendo inclusive disponibilizar os recipientes necessários para o acondicionamento dos mesmos, de acordo com a norma ABNT NBR 13.853 – Coletores para resíduos de serviço de saúde perfurantes ou cortantes.
- O veículo da equipe que faz o atendimento pode recolher também os resíduos gerados pelo atendimento para descarte em sua sede, não necessitando de qualquer licenciamento, seja de operação ou ambiental, para realizar o transporte dos resíduos do atendimento à sede da empresa. Devem ser atendidas as condições de transporte seguro previstas na Resolução ANVISA RDC Nº 222/2018.
- O SAD deve proceder ao descarte dos resíduos gerados pelo atendimento, observando as necessidades específicas de cada tipo de resíduo, em conformidade com a Resolução RDC Nº 222/2018.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - **RDC Nº 222**, DE 28 DE MARÇO DE 2018, art 23 e parágrafo único;
- **Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico – Biossegurança na saúde nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde**, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo : SMS, 2015. Atualizado em 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descritores: resíduos domicilio, resíduos, descarte de resíduos	**MANEJO E DESCARTE DE RESÍDUOS PERFURANTES NO ATENDIMENTO DOMICILIAR**	**POP 053**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Estabelecer o fluxo de recebimento do material PERFURANTES gerado no atendimento domiciliar
2. **APLICAÇÃO**: Aos profissionais que prestam assistência domiciliar para manejo e descarte adequado dos resíduos
3. **PRESCRITORES**: Enfermeiros.
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS:** Caixa rígida com tampa ou monobloco plástico, saco branco leitoso com simbologia infectante, caixa de perfuro cortante, saco plástico comum
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiros e equipe de enfermagem

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Acondicionar os materiais perfuro cortantes na caixa de perfuro cortante no limite de 2/3 de sua capacidade • Fechar a tampa da caixa perfuro cortante, manusear a mesma pelas alças até o veículo e acondicioná-la na caixa rígida ou monobloco plástico • Acondicionar resíduos biológicos no saco branco leitoso de símbolo contaminante na capacidade de 2/3 do seu limite, amarrado para transporte até a caixa rígida ou monobloco plástico dentro do veículo. • Acondicionar os resíduos considerados como lixo comum no saco plástico de cor preta na capacidade de 2/3 do seu limite amarrado para transporte até caixa rígida ou monobloco plástico dentro do veículo. • Transportar a caixa de perfuro cortante e / ou saco branco com material biológico e saco comum dentro de um monobloco plástico ou caixa rígida dentro do veículo com destino para a UBS ou base para que seja disposto no abrigo intermediário.

RISCOS ASSISTENCIAIS: Risco de acidente com perfuro cortante
OBSERVAÇÕES:

- Verificar a forma de montagem de acordo com as instruções do fabricante para melhor acondicionamento dos resíduos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. São Paulo 2ª ed.2015.
- ✓ RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA ANVISA - **RDC Nº 222**, DE 28/03/2018. ANVISA, acessível: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410

Descritores: anotação, documentação, registros, enfermagem	**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**	**POP 054**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24h.
2. **APLICAÇÃO**: todos os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem
3. **PRESCRITORES:** Enfermeiro
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Impresso de anotação de enfermagem padronizado para o serviço, caneta, prancheta.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• Devem ser precedidas de data e hora, conter nome completo e número COREN-SP ao final de cada registro. O carimbo deve conter as seguintes informações: nome completo + número COREN-SP. Não deve conter desenhos ou símbolos; • Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos; • Devem constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados; • Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida; • Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc); • Escrever as palavras por extenso. Utilizar somente abreviaturas padronizadas. Utilizar terminologia científica; • Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. • Evitar uso de termos genéricos, por ex: “sem queixas”, “sem intercorrências”. • Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços; • Não usar corretivo. • Fazer as anotações relatando os comportamentos e queixas dos pacientes, assim como sinais e sintomas. • Fazer as anotações relatando as respostas específicas do paciente à terapêutica e à assistência. • Fazer as anotações relatando os motivos pelos quais determinadas ações não foram executadas. • Fazer as anotações relatando as intercorrências com o paciente. • Fazer as anotações e registrar cumprimento de orientação verbal. • Fazer as anotações e registrar engano ou erro, a reação do paciente e as providências tomadas.

RISCOS ASSISTENCIAIS: não realizar anotação ou evolução de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- A anotação de enfermagem é regulamentada pelo: Decreto 50387 de 28/03/61, que regulamentou a Lei 2604/55; Lei 7498 de 25/06/86
- Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra, “digo” e anotar imediatamente após o texto correto. No caso de anotação incorreta e extensa, escrever ao lado da anotação em letra tipográfica e maior que a cursiva “SEM EFEITO”, registrando na primeira linha subsequente com horário, que a anotação anterior está errada ou não corresponde àquele paciente;
- Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas, etc. Visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. São Paulo 2ª ed.2015.
- ✓ Decreto 50387 de 28/03/61, que regulamentou a Lei 2604/55; Lei 7498 de 25/06/86;

Descritores: evolução, documentação, registros, enfermagem	**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE**	**POP 055**
		Emissão:
		Validade: 4 anos

1. **OBJETIVO**: Nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas.
2. **APLICAÇÃO**: Todo paciente atendido pelo enfermeiro
3. **PRESCRITORES:** Enfermeiros
4. **MATERIAIS NECESSÁRIOS**: Impresso de SAE, caneta, prancheta.
5. **AGENTES EXECUTORES:** Enfermeiros

DESCRIÇÃO

AÇÕES
• A evolução deve ser: clara, objetiva, precisa, com letra legível e sem rasuras; • Realizada no dia da visita do enfermeiro para todos os pacientes em atendimento de enfermagem; • A evolução deverá refletir as condições do paciente e possibilitar pela análise de sua documentação, a visualização do estado geral num período preestabelecido; • Utilizar somente as abreviaturas padronizadas e terminologia científica; • Evitar uso de termos genéricos Ex: “sem intercorrências”; • Após todo processo deverá constar o nome completo e o carimbo; • O carimbo deve conter as seguintes informações: nome + número COREN seguido do hífen e conselho a que pertence (ex: SP). Não deve conter desenhos ou símbolos; • Não deve ser utilizado corretivo. Na vigência de um registro errado, colocar entre vírgulas a palavra, “digo”, e anotar imediatamente após o texto correto. No caso de evolução incorreta, escrever ao lado em letra tipográfica e maior que a cursiva “SEM EFEITO”, registrando na primeira linha subsequente com horário, que o registro anterior está errado ou não corresponde àquele paciente;

RISCOS ASSISTENCIAIS: erro de preenchimento

OBSERVAÇÕES:

- A evolução deverá ser composta de: data, avaliação clínica, evolução dos diagnósticos de enfermagem, identificação das intervenções de enfermagem e o nome completo do profissional juntamente com o carimbo.
- Deverá conter o exame clinico geral do paciente, com todas as particularidades pertinentes.
- Na primeira evolução registrar os diagnósticos de enfermagem que foram identificados no histórico de enfermagem com a data de inclusão;
- Definir os diagnósticos de enfermagem (DE) levando em consideração seu estado atual, ou seja, diagnósticos de enfermagem de risco ou atual. Identificar com X no espaço destinado e se caso o paciente venha a apresentar outros diagnósticos de enfermagem que não estão listados no impresso, deve-se escrever por extenso. Nos dias subsequentes, manter a data de inclusão do diagnóstico de enfermagem na evolução, ou seja, todos os diagnósticos de enfermagem devem ser evoluídos em relação ao escore proposto (Mantido, Melhorado, Piorado, Excluído);
- O DE excluído, não deve ser identificado na próxima evolução de enfermagem
- Definir as intervenções de enfermagem levando em consideração os diagnósticos de enfermagem identificados. As intervenções de enfermagem são o agrupamento de atividades de enfermagem que devem estar contidas nas prescrições de enfermagem, ou seja, é uma expressão que engloba um grupo de atividades semelhantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

✓ Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. São Paulo 2ª ed.2015.

ANEXOS

ANEXO 01 – Como Higienizar as mãos com água e sabonete

Anexo 02 – Como fazer a higienização das mãos com solução alcoólica

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

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

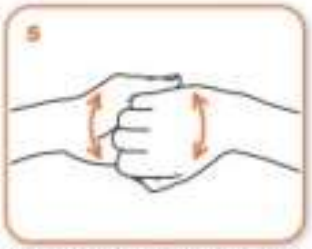
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg

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

Friccione as palmas das mãos entre si.

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

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



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.

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

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

Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

ANEXO 03 – Os 5 momentos para higienização das mãos

1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluídos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente - mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximas ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

ANEXO 04 - FICHA DE AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO

AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (Para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	TURNO:*	DATA:*
				M T N	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº CARTÃO SUS:* | DATA NASC.:* | SEXO:* ○ M ○ F

ORIGEM (ASSINALAR)*

○ UBS ○ Hospital ○ Unidade de Pronto Atendimento ○ Cacon / Unacon ○ Hospital SOS - Urgência / emergência ○ Hospital SOS - demais setores (Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012)) ○ Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

☐ Acamado	☐ Adaptação ao uso de órtese/prótese
☐ Domiciliado	☐ Reabilitação domiciliar
☐ Úlceras/feridas (grau III ou IV)	☐ Cuidados paliativos oncológico
☐ Acompanhamento nutricional	☐ Cuidados paliativos não-oncológico
☐ Uso de sonda naso-gástrica - SNG	☐ Oxigenoterapia domiciliar
☐ Uso de sonda naso-enteral - SNE	☐ Uso de traqueostomia
☐ Uso de gastrostomia	☐ Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
☐ Uso de colostomia	☐ Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
☐ Uso de cistostomia	☐ Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP
☐ Uso de sonda vesical de demora - SVD	☐ Diálise peritonial
☐ Acompanhamento pré-operatório	☐ Paracentese
☐ Acompanhamento pós-operatório	☐ Medicação parenteral

CID (principal):* | CID (secundário): | CID (secundário):

CONCLUSÃO *

ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) ○ AD 1 ○ AD 2 ○ AD 3	○ INELEGÍVEL
○ Admissão na própria EMAD	☐ Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
○ Encaminhado para outra EMAD	☐ Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
○ Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	☐ Outro motivo clínico
○ Outro encaminhamento	☐ Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	☐ Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:**

NOME SOCIAL:

RAÇA / COR:** ○ Branca ○ Preta ○ Parda ○ Amarela ○ Indígena | NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS(PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:** ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:** ○ Brasileiro(a) ○ Naturalizado(a) ○ Estrangeiro(a) | MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO (se brasileiro):**

E-MAIL:

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:** | NOME DO LOGRADOURO:** | Nº:**

COMPLEMENTO: | BAIRRO:**

MUNICÍPIO:** | UF:** | CEP:

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) | TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )

CUIDADOR

○ Não possui ○ Cônjuge / Companheiro(a) ○ Filho(a) / Enteado(a) ○ Pai / Mãe ○ Avô / Avó ○ Neto(a) ○ Irmão(ã) ○ Outro

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ○ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD 3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.
* Campo Obrigatório
** Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria EMAD

AEAb-SUS AB v2.0.0

ANEXO 05 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INCLUSÃO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Eu, _____, estou ciente do estado de saúde no qual me encontro e aceito a inclusão no SAD – Serviço de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa), autorizando meu acompanhamento pela equipe multiprofissional de saúde. Declaro estar ciente de que a minha cooperação e a de meus cuidadores são imprescindíveis na obtenção do sucesso do tratamento.
Declaro, ainda, ter conhecimento de que esta assistência no domicílio pode ser suspensa de acordo com a evolução clínica, desde que não tenha nenhum prejuízo a minha saúde.
Eu, _____ RG: _____
Responsável pelo(a) usuário(a) _____ RG:_____,

Ciente do quadro no qual se encontra o(a) paciente, autorizo a inclusão deste(a) no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, de acordo com o já exposto acima. Município,

São Paulo de_____ de _____.

Nome do usuário(a) ou responsável: _____
_____ Assinatura do usuário(a) ou responsável

Nome do(a) cuidador(a): _____
_____ Assinatura do(a) cuidador(a)

Nome do(a) representante da equipe: _____
_____ Assinatura do(a) representante da equipe

ANEXO 06 - TERMO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA -MÉDICO

Relatório Médico da Unidade Solicitante

Hospital/UBS:	*CNES nº
Estadual: S ☐ N ☐; Municipal: S ☐ N ☐; Privado – SUS: S ☐ N ☐; Privado – Não SUS: S ☐ N ☐	
Telefone(s):	email:
Médico p/ contato:	
UBS Referência Paciente:	EMAD Referência Paciente:

DADOS DO PACIENTE

Nome:			Data nascimento ___/___/___ ou Idade aparente/informada _____anos
Sexo: M ☐ F ☐	Acompanhante: S ☐ N ☐	Raça/Cor: 01-Branca ☐; 02-Preta ☐; 03-Amarela ☐ 04-Indígena ☐; 05- Parda ☐; 99-sem informação ☐	Morador de rua: S ☐ N ☐
End.:		nº	Complemento
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cartão Nacional de Saúde do Paciente(CNS) nº:			

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Data da Internação: / /	Leito:	Andar:	Clínica:
História pregressa da moléstia atual:			
Outras patologias:			
Internações anteriores:			
Exame Físico - Estado Geral:			
Grau de hidratação:	Mucosas:		
Aparelho respiratório:		FR:	
Aparelho cardio vascular:		FC:	
Abdomen:		PA: ____x____ mmHg	
MM	Pele:		
Observações adicionais:			
Hipótese Diagnóstica 1:		CID:	
Hipótese Diagnóstica 2:		CID:	
Hipótese Diagnóstica 3:		CID:	

Medicação/ Orientação	Dosagem/ Via	Posologia
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
Nome do Médico:		CRM:
Assinatura:		Data

ANEXO 07 - TERMO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA - ENFERMAGEM

Relatório Enfermagem da Unidade Solicitante

Paciente:_____ Idade: _____

Diagnóstico: _____

1) Está em uso de antibióticos há quanto tempo?

Nome do antibiótico	Tempo de uso	Observação

2) Presença de acesso venoso: (..) NÃO ( ) SIM: ( ) periférico ( ) central
Localização: (..) MSD ( ) MSE ( ) mão D ( ) mão E ( ) outro: _____

3) Encontra-se em ventilação espontânea? (..) NÃO ( ) SIM
Se sim: (..) espontânea com máscara ( ) espontânea com cateter
(..) invasiva: ( ) NÃO ( ) SIM

4) Presença de traqueostomia? (..) NÃO ( ) SIM

5) Presença de Lesão por pressão? (..) NÃO ( ) SIM
Localização: _____

6) Nível de Consciência Normal? (..) NÃO ( ) SIM
Glasglow: (..) abertura ocular ( ) resposta verbal ( ) resposta motora

7) Última Cultura caso tenha realizado:
Hemocultura: de _____/_____/_____ Resultado: _____
Urocultura: de _____/_____/_____ Resultado: _____
Cultura de Lesão por pressão de _____/_____/_____ Resultado: _____
Outras: _____ de _____/_____/_____ Resultado: _____

8) Resultados de exames bioquímicos:
HB: _____ de _____/_____/_____ Resultado: _____
HT: _____ de _____/_____/_____ Resultado: _____
Glicemia: _____ de _____/_____/_____ Resultado: _____

9) Grau de Dependência:
Alimentação: (..) Independente ( ) com auxílio ( ) usa SNG/SNE ( ) Gastrostomia
Continência: (..) Independente ( ) sonda vesical ( ) usa fralda
Vestir-se: (..) Independente ( ) com auxílio ( ) dependente
Higiene: (..) Independente ( ) com auxílio ( ) dependente
Movimento: (..) Independente ( ) com auxílio ( ) dependente

_____ DATA _____/_____/_____
ENFERMEIRO (Carimbo e Assinatura)

ANEXO 08 - TERMO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA - SERVIÇO SOCIAL

Relatório Serviço Social da Unidade Solicitante

UNIDADE SOLICITANTE: _____

PACIENTE: _____ IDADE: _____

MÃE: _____

NOME E FONE DO RESPONSÁVEL: _____

DADOS SOCIOECONÔMICOS

OCUPAÇÃO: _____ RENDA: _____

POSSUI CONVÊNIO/SEGURO SAÚDE? ☐ NÃO ☐ SIM - QUAL? _____

BENEFÍCIOS: ☐ NÃO ☐ SIM TIPO: _____ VALOR: _____

HABITAÇÃO:

☐ Própria ☐ Alugada ☐ Área Pública ☐ Morador de Rua ☐ Outros

FAMÍLIA

NOME	Grau de Parenteesco	Idade	Renda	Mantêm contato?	
				Sim	Não

ORIGEM DO USUÁRIO:

☐ Serviço de urgência ☐ Atenção Básica ☐ Internação Hospitalar ☐ Centro Oncológico

☐ SAMU ☐ UPI ☐ Outros

ACOMPANHAMENTO

☐ Fisioterapeuta ☐ Fonoaudióloga ☐ Enfermeiro ☐ Aux. Enfermagem ☐ Nutricionista

☐ Farmacêutico ☐ Dentista ☐ Psicólogo ☐ Médico ☐ As Social

☐ Terapeuta Ocupacional

RELAÇÕES FAMILIARES

Reside com a família ☐ sim ☐ não Tem apoio de cuidador ☐ sim ☐ não

SE MORADOR DE RUA

É cadastrado em albergue/asilo/outros serviços? ☐ NÃO ☐ SIM Qual? _____

Após alta médica tem garantia de retorno ao albergue/asilo? ☐ NÃO ☐ SIM

Se desorientado, houve registro na Delegacia de Desaparecidos? ☐ NÃO ☐ SIM

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

RELATÓRIO SOCIAL DA FAMÍLIA – EQUIPE CAPTAÇÃO

HISTÓRICO E CONDUTAS JÁ TOMADAS-RESUMO SOCIAL

ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

ASSISTENTE SOCIAL
CARIMBO E ASSINATURA

DATA ____/____/____

ANEXO 09 – TERMO DE COMPROMISSO – PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

ATENDIMENTO A PESSOA COM RISCO EM DESENVOLVER LESÃO POR PRESSÃO

1. TERMO DE COMPROMISSO

Objetivos do Serviço no tratamento:

- ✓ Avaliar e acompanhar o paciente com lesão;
- ✓ Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário;
- ✓ Propiciar condições que facilitam a cicatrização da lesão;
- ✓ Orientar e estimular o autocuidado.

Entendimento por parte do paciente

Fica claro ao paciente/cuidador o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao Serviço, cuidados preventivos e tratamento, seus objetivos e suas regras.

É da responsabilidade do paciente/cuidador:

- ➢ respeitar e **seguir todas** as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde;
- ➢ não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização e orientação do profissional de saúde;
- ➢ procurar o Serviço de Saúde em caso de intercorrências ou complicações;
- ➢ assumir as atividades relativas a higiene pessoal, hidratação da pele, mudança de decúbito e posicionamento.

Consentimento

De acordo com o exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo PROGRAMA MELHOR EM CASA.

Nome legível: _____

Documento CPF: _____

_____

Assinatura do Participante

Acredita-se ter fornecido as informações necessárias e bom entendimento das mesmas.

_____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Data: _____/_____/_____

ANEXO 10 – *TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO*

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
Atenção Básica
Programa melhor em casa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO

Eu _____,
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____,
(profissão) _____, portador da Cédula de Identidade RG nº
_____, inscrito no CPF/MF sob nº _____,
residente à _____,
paciente do Programa Melhor em Casa, permito e autorizo que o profissional do SAD abaixo especificado realize o procedimento _____,
em mim (ou no meu filho se este for o paciente), localizado _____

_____, de forma que estou ciente da importância e necessidade para meu tratamento. Tive oportunidade de ter acesso a todas as informações e explicações pertinentes e tirar minhas dúvidas.

Eu concordo também que se houver necessidade de coletar materiais relacionadas ao procedimento serão enviados ao serviço pertinente a realizar o exame necessário.

_____
Nome do paciente

_____
Assinatura

_____
Nome do responsável/ representante legal ou dos pais

_____
Assinatura

Se o indivíduo for menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o **Consentimento** deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal.

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
Atenção Básica
Programa melhor em casa

Melhor em Casa

QUALIFICAÇAO DO DECLARANTE

Nome: _____

RG: _____ Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Sexo: M ( ) F ( )

Endereço: _____ Nº.: _____ Apto.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel.: _____ Cel.: _____

E-mail: _____

Grau de parentesco ou responsável legal: _____

_____
Assinatura do Declarante

QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome: _____

RF: _____ Registro Profissional: _____

Endereço da unidade que trabalha: _____

Nº.: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Categoria Profissional: _____

Fone da unidade.: _____ Cel.: _____

E-mail: _____

_____
Assinatura do Profissional

ANEXO 11 – Protocolo de Avaliação Nutricional
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL
Data da visita: ____ / ____ / _____ Horário: _____
DADOS DO PACIENTE
Nome do paciente:_____
Sexo: F ( ) M ( ) Nascimento: __/__/___ Idade: _____ Cuidador(a): _____
Endereço/Fone: _____
Hipótese diagnóstica:_____
Doenças associadas:_____
Lesão por pressão: Sim ( ) Não ( ) _____
Tabagista: Sim ( ) Não ( ) _____
Etilista: Sim ( ) Não ( ) _____

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA
Altura referida (m): _____ Altura estimada (m):_____ Peso usual (kg): _____ Peso atual (kg): _____ Verificado ( ) Estimado ( ) Peso ideal (kg): _____ Perda de peso (últimos 6 meses) (kg): _____ / % Perda de peso: _____ IMC (kg/m^2):_____ Classificação: _____ Altura do joelho (cm): _____ CB (cm): _____ CMB (cm): _____ DCT (mm): _____ DCSE (mm): _____ CP (cm):_____ VET (kcal/dia) : _____ Proteína (g/dia):_____
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:
_____
_____
_____
OBJETIVO TERAPÊUTICO:
_____
_____
_____
AVALIAÇÃO DIETÉTICA
Tipo de alimentação: VO ( ) VO + suplemento ( ) TNE + VO ( ) TNE exclusiva ( )
_____
_____
Consistência da dieta: ( ) Líquida ( ) Leve ( ) Pastosa ( ) Branda/ Semi- sólida ( ) Geral Enteral: ( ) Artesanal ( ) Industrializada ( ) Mista

ANEXO 11a Protocolo para Mini Avaliação Nutricional

Mini Avaliação Nutricional - MNA

Sobrenome: Nome: Sexo: Data:

Idade: Peso (kg): Altura (cm): Leito:

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da Triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
0 = diminuição severa da ingesta
1 = diminuição moderada da ingesta
2 = sem diminuição da ingesta ☐

B Perda de peso nos últimos meses
0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ☐

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?
0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos ☐

F Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐☐

12 pontos ou mais: normal; desnecessário continuar a avaliação

11 pontos ou menos: possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação

Avaliação global

G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)
0 = não 1 = sim ☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
0 = sim 1 = não ☐

I Lesões de pele ou escaras?
0 = sim 1 = não ☐

J Quantas refeições faz por dia?
0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições ☐

K O paciente consome:
- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
- duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? sim ☐ não ☐
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐

0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0,5 = duas respostas «sim»
1,0 = três respostas «sim» ☐,☐

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?
0 = não 1 = sim ☐

M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?
0,0 = menos de três copos
0,5 = três a cinco copos
1,0 = mais de cinco copos ☐,☐

N Modo de se alimentar
0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade ☐

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?
0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter problema nutricional ☐

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?
0,0 = não muito boa
0,5 = não sabe informar
1,0 = boa
2,0 = melhor ☐,☐

Q Circunferência do braço (CB) em cm
0,0 = CB < 21
0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐,☐

R Circunferência da panturrilha (CP) em cm
0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 ☐

Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐☐,☐
Escore da triagem ☐☐
Escore total (máximo 30 pontos) ☐☐,☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 17 a 23,5 pontos: risco de desnutrição ☐
menos de 17 pontos: desnutrido ☐

Ref: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Salvà A, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA in "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

©1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

1138 (EN)

ANEXO 12 – AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM LESÃO

AVALIAÇÃO PACIENTE COM LESÃO

IDENTIFICAÇÃO Cartão SUS _____ DATA:____/____/____
NOME:_____ Data de nasc: __/__/__
IDADE: _____ SEXO:____ NATURALIDADE:_____ OCUPAÇÃO: _____
HISTÓRICO
TIPO DE FERIDA/ CAUSA _____
TRATAMENTOS ANTERIORES:_____
RECIDIVAS: Sim ( ) Não ( ) Frequência:_____ DOENÇAS SISTÊMICAS ASSOCIADAS: DM ( ) HAS ( ) Neoplasias ( ) Doenças Vasculares ( ) Outras:_____ Compensadas: _____

AVALIANDO FATORES DE RISCO

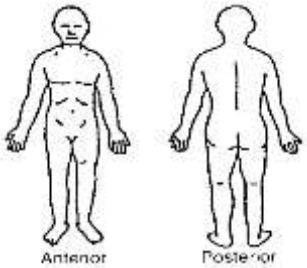
TABAGISMO: Sim ( ) Não ( ) Obs:_____
DROGAS: Sim ( ) Não ( ) Obs:_____
NUTRIÇÃO: Adequada ( ) Inadequada ( ) Desnutr/ ( ) Desidrat/ ( )
ALERGIAS: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____

ESTADO MENTAL: Orientado ( ) Comatoso ( ) Confuso ( )

ETILISMO: Sim ( ) Não ( ) Obs:_____
HIGIENE: Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssima ( )
MOBILIDADE: Total/ dep ( ) Parcial/ dep ( ) Independente ( ) Acamado ( ) Cad Rodas ( )
INCONTINÊNCIA: Urinária ( ) Fecal ( ) Controlada ( ) Diarréia ( ) Disúria ( ) Hematúria ( )
MEDICAÇÃO: Antibióticos ( ) Antihipertensivos ( ) Hipoglicemiantes ( ) Outras :_____

AVALIAÇÃO FÍSICA: PESO:_____ ALTURA: _____ IMC:_____ PA: _____ P: _____ T: _____ Glicemia: _____
CABEÇA/PESCOÇO:_____
TÓRAX/ ABDOMEM:_____
MMSS:_____
MMII: **ITB**: _____ Edema: ( ) MIE ( ) MID circunferência panturrilha: ( ) MIE ( ) MID
Amputação: sim ( ) não ( ) Local: _____ Tempo: _____
Cuidador: sim ( ) não ( ) Grau de parentesco: _____ Idade: _____

LOCALIZAÇÃO DA FERIDA:



Pulsos Presentes	Perfusão Periférica
MID: ( ) + ( ) -	MID: _____
MIE: ( ) + ( ) -	MIE: _____

Nome e carimbo do Enfermeiro: _____ COREN: _____

ANEXO 13 – EVOLUÇÃO DA FERIDA

NOME DO PACIENTE:

DATA				
LOCALIZAÇÃO				
C X L X P				
LEITO				

BORDA				
EXSUDUDATO				
ODOR				
PELE PERI LESIONAL				
DOR				
Terapêutica				
RESPONSAVEL Nº registro				

ANEXO 14 – Termo de Compromisso paciente em tratamento de Lesão

O Serviço tem por objetivos:

- Avaliar e acompanhar a pessoa com ferida;
- Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário;
- Propiciar condições que facilitem a cicatrização da ferida;
- Orientar e estimular o autocuidado.

Entendimento por parte do paciente/cuidador: Fica claro ao paciente o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao serviço, tratamento, seus objetivos e suas regras.

É da responsabilidade do paciente/cuidador:

- Não faltar aos retornos agendados por duas vezes consecutivas ou três alternadas sem comunicação prévia;
- Respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde;
- Não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional;
- Procurar o Serviço de Saúde fora da data agendada em caso de intercorrências ou complicações;
- Assumir as atividades relativas à limpeza e higiene pessoal.

Consentimento

De acordo com o exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo Serviço.

Nome legível: _____

Assinatura do Participante ou responsável: _____

Autorização

Autorizo que os dados e as imagens, aulas e publicações referentes à evolução do meu tratamento sejam publicados na forma de pesquisa, desde que resguarde sigilo sobre minha identidade.

*Assinatura do Participante/ responsável:*_____

Fornecidas as informações necessárias, tanto para paciente como responsáveis que referiram bom entendimento das mesmas.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: _____

Data: _____/_____/_____

ANEXO 15 – Termo de Consentimento livre e esclarecido para uso de imagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USO DE IMAGEM

Eu _____,
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____,
(profissão) _____, portador da Cédula de Identidade RG nº
_____, inscrito no CPF/MF sob nº _____,
residente à _____,
paciente do Programa Melhor em Casa, permito e autorizo que o profissional do SAD abaixo especificado obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa, (de meu filho se este for o paciente), de forma gratuita, para fins de pesquisa, científico, médico, acompanhamento do caso pelo WhatsApp (nº do telefone: _____) e educacional.

Eu concordo também que os materiais e informações relacionadas à minha pessoa (ou de meu filho se este for o paciente) quanto ao meu tratamento de saúde possam ser publicados em aulas, congressos, simpósios, encontros científicos, reuniões científicas e de discussão de casos, em palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações pertinentes ao estudo ficarão sob a propriedade da Secretaria Municipal de Saúde sob a guarda do profissional abaixo descrito ou seu substituto na sede de trabalho a que pertence.

_____
Nome do paciente

_____
Assinatura

_____
Nome do responsável/ representante legal ou dos pais

_____
Assinatura

Se o indivíduo for menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o **Consentimento** deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
Atenção Básica
Programa melhor em casa

Nomes da Equipe de pesquisadores:

_____

_____

Data e Local: _____

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome: _____

RG: _____ Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Sexo: M ( ) F ( )

Endereço: _____ N°.: _____ Apto.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel.: _____ Cel.: _____

E-mail: _____

Grau de parentesco ou responsável legal: _____

_____
Assinatura do Declarante

QUALIFICAÇAO DO PROFISSIONAL

Nome: _____

RF: _____ Registro Profissional: _____

Endereço da unidade que trabalha: _____

N°.: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Categoria Profissional: _____

Fone da unidade.: _____ Cel.: _____

E-mail: _____

_____
Assinatura do Profissional

ANEXO 16 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA SKIN TEARS – ISTAR

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO ISTAPR – LESÃO POR FRICÇÃO

Não existe uma universalidade sobre a classificação da lesão por fricção - Skin Tears, seguiremos o Sistema de classificação mais atualizado de ISTAPR (2017).

Esse sistema possui 3 categorias designadas como tipo:

TIPO 1: SEM PERDA DA PELE O retalho da pele linear pode ser realinhado para cobrir todo o leito da ferida	
TIPO 2 - PERDA PARCIAL DA PELE O retalho da pele não pode ser reposicionado para cobrir todo o leito da ferida.	
TIPO 3 - PERDA TOTAL DA PELE Perda total do retalho com exposição total do leito da ferida	

ANEXO 17 – QUADRO DE TRATAMENTO SKIN TEARS

TRATAMENTO DAS LESÕES POR FRICÇÃO	
CONTROLAR SANGRAMENTO (Hemostasia)	Aplicar suave pressão sobre a lesão (cerca de 5 a 10 mins) e elevar o membro se possível Aplicar Alginato de cálcio conforme protocolo de feridas traumáticas
LIMPEZA DA LESÃO	Usar soro (frio se sangrante) para irrigar a lesão e remover coágulos residuais ou debris. Secar delicadamente a pele perilesional
APROXIMAR O RETALHO DA PELE	***Se o retalho da pele é viável:*** Delicadamente recoloque o retalho sobre a lesão, como se fosse um "curativo", usando dedo enluvado úmido ou gaze embebida em soro. ***Se o retalho for difícil de alinhar:*** use uma gaze umedecida sobre a lesão por 5 a 10 minutos para reidratar a borda. Se mesmo assim não conseguir considerar remover Classificar a lesão conforme este protocolo Aplicar AGE (ou um creme de barreira) na pele perilesional a fim de protegê-la.
DESBRIDAMENTO	Realizar o desbridamento caso bordas e o retalho não sejam viáveis
MANEJO DA LESÃO / APLICAR COBERTURA	**Tipo 1:** Após alinhar as margens sem tensão, aplicar tiras adesivas (pode ser tipo microporosa, hidrocoloide ou similar) para alinhar sem tensão ou curativo não aderente ou impregnado ou Rayon. Reavaliar em 24 a 48 horas ou durante a primeira troca de cobertura. Na troca da cobertura proteger a pele perilesional Deixar por 5 – 7 dias e reavaliar. **Tipo 2:** Desbridar retalho inviável se necessário. Aplicar hidrogel ou alginato de cálcio no leito dependendo da avaliação. Aplicar malha tubular ou enfaixar em espiral. Reavaliar em 24 a 48 horas, ou durante a primeira troca de cobertura. Deixar por 7 dias se condições e reavaliar, a menos que o usuário apresente sinais de infecção. **Tipo 3:** Solicitar avaliação médica. Em conjunto com o médico decidir a conduta. Cobrir com gazes com petrolato ou hidrofibra ou alginato e fixar com filme transparente. Considerar analgesia e ATB se necessário investigar. **Avaliar a cobertura vacinal para tétano para todos os casos.** ***Obs.: Evitar o uso de coberturas aderentes se a pele perilesional for frágil.***
REAVALIAÇÃO	Reavaliar a cada troca de cobertura Ao retirar os pontos falsos utilizar produto para facilitar a remoção do adesivo e não lesionar a pele perilesional Avaliar a mudança da lesão presença de sinais flogísticos intenso ou infecção e integridade da pele. No caso de retalho pálido ou escurecido reavaliar dentro de 24 horas.
PRESENÇA DE EDEMA	Se a lesão por fricção ocorre ao longo de uma área onde há edema, o nível de exsudado poderá estar aumentado. É importante considerar a causa do edema e a escolha de uma cobertura que absorva adequadamente o exsudato. No caso de um controle inadequado do exsudato recomenda-se encaminhar para avaliação médica.
PRESENÇA DE DOR	A lesão por fricção pode ser dolorosa por afetar as terminações nervosas superficiais. Para isso é importante a aplicação de escalas de dor, para avaliar o grau e natureza da dor e a oferta adequada de analgesia.

ANEXO 18 – RISCO PARA LESÃO POR FRICÇÃO – SKIN TEARS

LESÃO POR FRICÇÃO (SKIN TEAR)

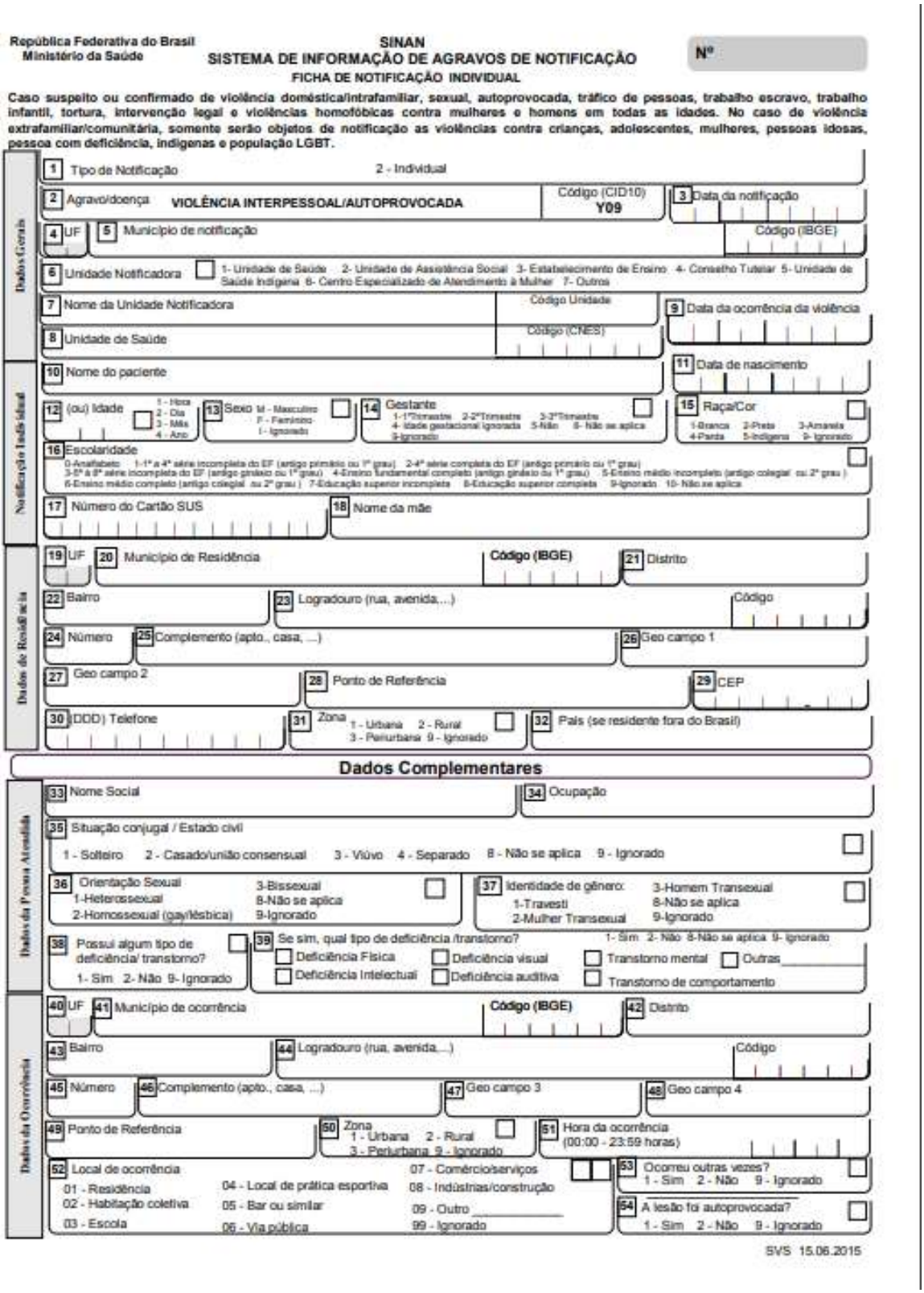
É uma lesão traumática resultante de uma variedade de forças mecânicas, como o cisalhamento e a fricção, que podem resultar na separação parcial (ferida de espessura parcial) ou total (ferida de espessura total) das camadas superficiais da pele. Estas lesões estão intimamente relacionadas à fragilidade da pele, sendo muito comum em recém-nascidos e idosos.

Muitas vezes a lesão por fricção (Skin Tear) pode ser avaliada como ferimento leve, no entanto ela pode se tornar uma ferida complexa e bastante significativa, principalmente quando associada à infecção e comprometimento vascular local.
No quadro abaixo estão descritos os principais fatores de risco associados à lesão por fricção:

FATORES DE RISCO	
Idade (≥ 85 anos) e sexo feminino	Déficit visual
História anterior de lesão por fricção	Má nutrição e hidratação
Pele frágil e desidratada, seca	Déficit cognitivo e/ ou sensorial
Medicamentos que tornam a pele mais delgada (ex.: Esteroides)	Comorbidade que compromete a vascularização da pele (ex.: AVE)
Equimose	Dependência nas AVDs (ex.: Auxilio para o banho)

A maior incidência acontece na pessoa idosa, cuja fragilidade da pele propicia o surgimento da lesão por fricção, elas podem ocorrer em qualquer parte do corpo, mas são frequentemente localizadas nas extremidades dos membros inferiores e no dorso da mão. Nos recém-nascidos tende a estar associadas ao uso de adesivos na pele, podendo ser localizada na cabeça, rosto e extremidades.

ANEXO 11 – Formulário SINAN



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil
1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual
1-Heterossexual
2-Homossexual (gay/lésbica)
3-Bissexual
8-Não se aplica
9-Ignorado

37 Identidade de gênero:
1-Travesti
2-Mulher Transexual
3-Homem Transexual
8-Não se aplica
9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
Deficiência Física — Deficiência visual — Transtorno mental — Outras
Deficiência Intelectual — Deficiência auditiva — Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

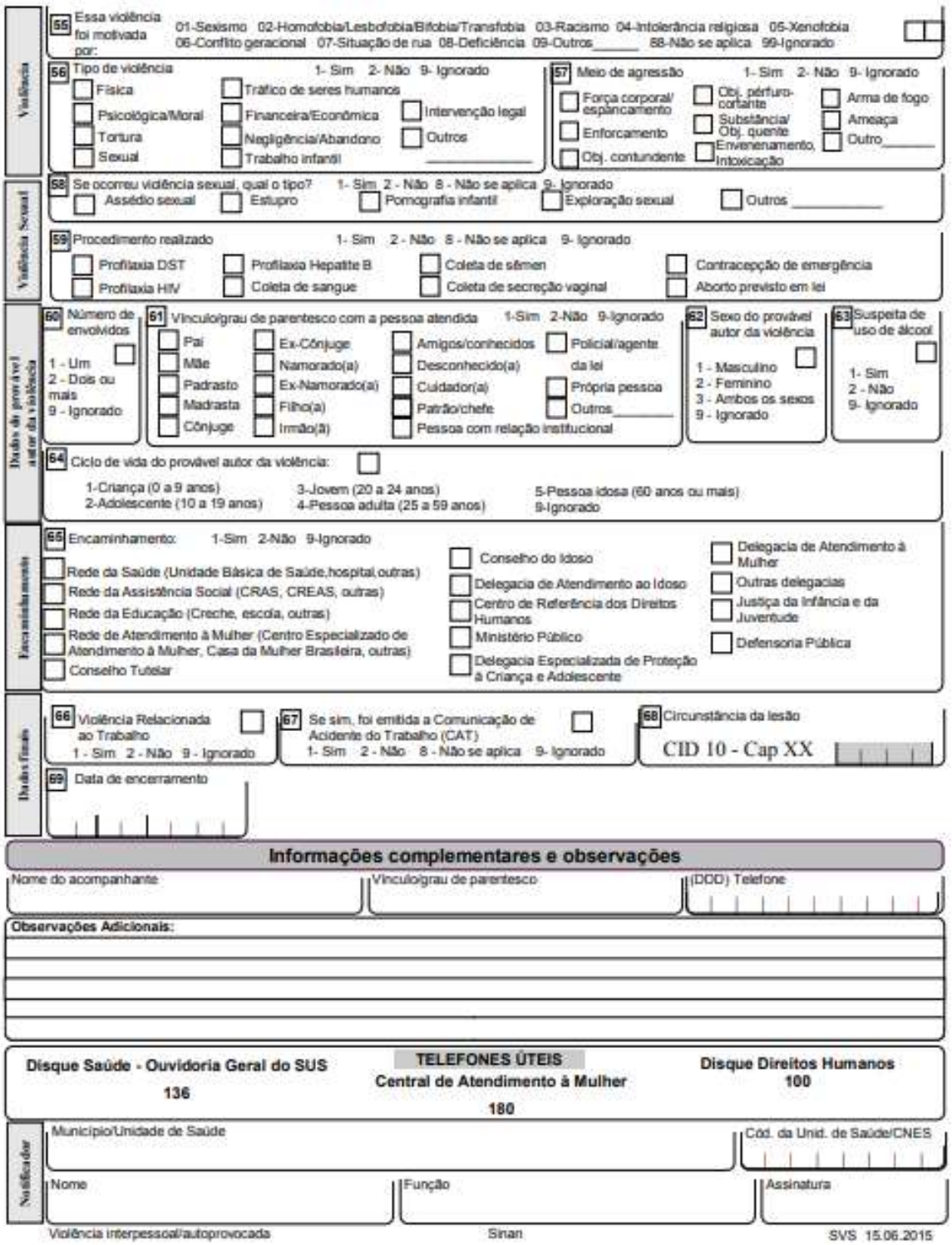
52 Local de ocorrência
01 - Residência
02 - Habitação coletiva
03 - Escola
04 - Local de prática esportiva
05 - Bar ou similar
06 - Via pública
07 - Comércio/serviços
08 - Indústrias/construção
09 - Outro _____
99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MELHOR EM CASA

Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR