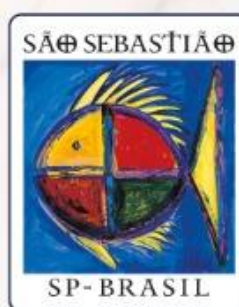
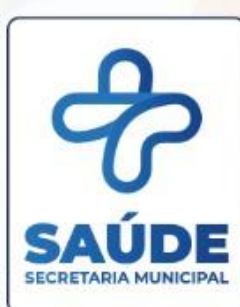
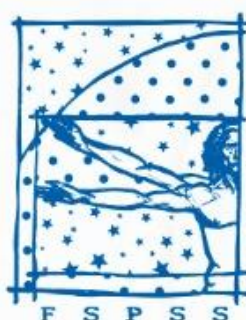


1º REVISÃO 2022

MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA



[Apresentação](#)

A Fundação de Saúde Pública de São Sebastião (FSPSS) definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

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

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

FELIPE AUGUSTO

Prefeito do Município de São Sebastião

REINALDO ALVES MOREIRA FILHO

Secretário Municipal da Saúde de São Sebastião

CARLOS EDUARDO ANTUNES CRAVEIRO

Presidente da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

PAULO HENRIQUE RIBEIRO SANTANA

Diretor de Atenção Básica da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

ANGÉLICA OLIVEIRA COSTA

Diretora da Atenção Especializada

“Não basta saber, é preciso também aplicar, não basta querer, é preciso também fazer”.

Goethe

Colaboradores

Aline Fava Busquetti Coelho

Enfermeira – Diretoria de Atenção Básica

Priscila Barbara

Enfermeira – Diretoria de Atenção Especializada

Felipe Manoel Rodrigues Moniz

Enfermeiro e Coordenador de Enfermagem – Diretoria de Atenção Básica

Julia Pires

Assessora Administrativa – Diretoria de Atenção Especializada

Thais Carvalho Zeferino

Auxiliar Administrativa – Diretoria de Atenção Especializada

Luana Lopes dos Anjos

Auxiliar Administrativa – Diretoria de Atenção Básica

Marcelo Galdino dos Santos

Auxiliar Administrativo – Diretoria de Atenção Básica

Revisão realizada em novembro de 2022

Lista de Siglas

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

Introdução

Com intuito de subsidiar as linhas de cuidados das unidades de saúde da Atenção Básica e Especializada da Secretaria Municipal da Saúde de São Sebastião, a FSPSS elabora manuais que regulamentam e padronizam atividades, ações e procedimentos das equipes de enfermagem.

Com objetivo de atualizar os profissionais da enfermagem nas questões administrativas e técnicas, bem como nas rotinas de trabalho voltadas para Unidades de Saúde da Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE).

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

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

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

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

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

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

É com satisfação que a equipe de enfermeiros da Diretoria / Coordenadorias / Supervisões de saúde da Atenção Básica e Atenção Especializada, disponibiliza este conteúdo com o compromisso de revê-lo e atualizá-lo periodicamente e, de acordo com as necessidades rotineiras da rede, divulgar oficialmente em Notas Técnicas via site PMSS/SP: <http://www.saosebastiao.sp.gov.br>

Ressaltamos que o conteúdo registrado neste manual respalda as ações e serviços da equipe de enfermagem da FSPSS.

Equipe Técnica de Enfermagem Coordenação da Atenção Básica e Supervisão Técnica.
FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM

1. Administrativo – Enfermagem

1.1. ESTRUTURA DA ENFERMAGEM – Atenção Básica e Atenção Especializada

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

Em sua estrutura organizacional, as Supervisões Técnicas de Saúde (STS), as Coordenadorias e Diretoria Municipal de Saúde, são as instâncias responsáveis pelo acompanhamento das unidades, visando a qualidade e otimização dos serviços. Atualmente, o modelo de gestão conta com os Supervisores técnicos administrativos, que gerenciam e acompanham as Unidades de Saúde da Família de forma integrada com as equipes técnicas da Instituição.

1.2. Elaboração do regimento interno do serviço de enfermagem das unidades de atenção básica e especializadas em saúde / São Sebastião - São Paulo

Conforme DECRETO Nº 5899/2013 que dispõe sobre o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde do Município.

Capítulo I

DAS FINALIDADES OU OBJETIVOS

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

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

I - Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes da Atenção Básica: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;

II - Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.

III - Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde.

Capítulo II

DA POSIÇÃO

Posicionar o serviço de enfermagem no organograma institucional.

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

Capítulo III

DA COMPOSIÇÃO

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

I - Enfermeiro / Enfermeiro RT

II - Técnico de Enfermagem

III - Auxiliar de Enfermagem

Capítulo IV

DA COMPETÊNCIA

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

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

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

- I- Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- II- Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- III- Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem e LEI 7498/86;
- IV- A implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de Enfermagem elaborados pela FSPSS.
- V - Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- VI - Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- VII - Enviar a cópia de visita fiscalizatória do COREN às devidas instâncias responsáveis pelo serviço de enfermagem na Atenção Básica.

Art. 6º - Ao Enfermeiro Compete:

Lei 7498/86 Art. 11

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

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

Especificidades da Atenção Básica e Atenção Especializada:

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

Art. 7º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 12

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da

assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

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

Especificidades da Atenção Básica e Atenção Especializada, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

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

**Art. 8º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:
Lei 7498/86 Art. 13**

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

Especificidades da Atenção Básica e Atenção Especializada, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

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

Capítulo IV

Do Pessoal e seus Requisitos

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

Art. 9º - Requisitos necessários aos cargos:

I Enfermeiro:

1. Efetivo: Ser aprovado no concurso FSPSS;
2. Contratado ou Cessão: processo regulamentado pela FSPSS e município.
3. Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

II Técnico de Enfermagem

1. Ser aprovado no processo no concurso FSPSS;
2. Contratado ou Cessão: processo regulamentado pela FSPSS e município.
3. Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

III Auxiliar de Enfermagem:

1. Ser aprovado no concurso FSPSS;
2. Contratado ou Cessão: processo regulamentado pela FSPSS e município.
3. Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

1.2.2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CAPÍTULO VI

Do Pessoal e suas Atribuições

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

Art. 10º - Atribuições do pessoal

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

- 1 Realizar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- 2 Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais e as questões éticas da profissão;
- 3 Viabilizar espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a Coordenação Técnica de Saúde (CTS), bem como com os supervisores técnicos administrativos e a Diretoria de Atenção Básica.
- 4 Realizar o dimensionamento de pessoal junto à equipe de enfermagem da Unidade de saúde.

II ENFERMEIRO

ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

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

ABRANGÊNCIA: Áreas que requeiram atividades Administrativas e Técnicas em saúde no município.

REQUISITOS BÁSICOS:

1. Comunicação: Transmitir informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.

2. Flexibilidade: Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.

3. Iniciativa: Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.

4. Interesse: Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

5. Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

6. Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

7. Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

8. Ética: Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.

9. Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos funcionários e usuários da PMSP.

10. Trabalho em Equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.

11. Visão Sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO

1. Da organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública:

1.1. Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública;

1.2. Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho dos serviços de

enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas;

1.3. Realizar o processo de enfermagem aplicando todas as etapas do processo - Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

1.4. Solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e, em rotinas aprovadas pela FSPSS/SP;

1.5. Prestar cuidados de Enfermagem a usuários graves e com risco de vida;

1.6. Prestar assistência integral ao indivíduo, família e comunidade;

1.7. Prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

1.8. Realizar a educação continuada e permanente em serviço para a equipe de enfermagem;

1.9. Participar no desenvolvimento, implantação, execução e avaliação dos programas de saúde pública;

1.10. Prestar assistência de Enfermagem à gestante, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, criança/adolescente, adulto, deficiente e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde;

1.11. Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;

1.12. Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos indivíduos e famílias na unidade e, quando necessário ou indicado, no domicílio, na rua e/ou demais espaços comunitários, em todas as fases do ciclo de vida, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

1.13. Realizar registro das atividades de enfermagem exercidas no PEC imediatamente após finalizar o atendimento, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de enfermagem conforme a rotina administrativa do serviço;

1.14. Planejar e executar visitas domiciliárias, visitas técnicas, visitas na rua, de referência da unidade de saúde mediante a característica do serviço de saúde;

1.15. Acompanhar e analisar a produção dos serviços de enfermagem;

1.16. Participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da enfermagem nas unidades de saúde;

1.17. Participar da elaboração/ atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de enfermagem, quando solicitado pela FSPSS;

1.18. Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica;

1.19. Realizar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

1.20. Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e Bioética;

1.21. Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários e aos profissionais durante a assistência de enfermagem;

1.22. Participar em programas de atividades de educação sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

- 1.23. Manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de referência e contrarreferência;
 - 1.24. Realizar atividades de atenção à saúde/educativas, ações, procedimentos, atividades relacionadas à demanda espontânea de enfermagem;
 - 1.25. Participar da construção do dimensionamento da equipe de enfermagem na unidade de saúde;
 - 1.26. Participar do planejamento e monitorar os estágios curriculares desenvolvidos por FSPSS nas unidades de saúde;
 - 1.27. Participar nos programas de saúde ocupacional e biossegurança;
 - 1.28. Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território.
2. **Da organização dos serviços de saúde:**
 - 2.1. Dirigir/ gerenciar a organização dos serviços de saúde, se designado;
 - 2.2. Dirigir ou Assessorar centros de pesquisa e desenvolvimento de projetos, se designado;
 - 2.3. Cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido.

III TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM

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

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

REQUISITOS GERAIS E ESPECÍFICOS

REQUISITOS GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

1. **Ética:** Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.
2. **Qualidade:** Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos usuários internos e externos da PMSP/SMS.
3. **Trabalho em Equipe:** Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.
4. **Visão Sistêmica:** Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da PMSP/SMS e seus respectivos impactos no todo.
5. **Comunicação:** Transmitir informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.
6. **Flexibilidade:** Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.
7. **Iniciativa:** Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.
8. **Interesse:** Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

9. Planejamento e Organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

10. Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

11. Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1. Exercer atividades técnicas, de nível médio de assistência de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;

2. Prestar cuidados diretos de enfermagem a usuários em estado grave;

3. Assistir ao Enfermeiro nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco, nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

4. Integrar a equipe de saúde, cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;

5. Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;

6. Executar atividades auxiliares atribuídas à equipe de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro; No domicílio, na rua e/ou demais grupos comunitários conforme especificidade do serviço:

6.1. Preparar o usuário para consultas, exames e tratamentos;

6.2. Executar procedimentos de rotina e prescritos;

6.3. Administrar medicamentos mediante prescrições;

6.4. Realizar controle hídrico;

6.5. Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema, calor ou frio;

6.6. Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

6.7. Efetuar controle de usuários e de comunicantes em doenças transmissíveis, bem como as atividades de vigilância em saúde;

6.8. Realizar coleta de material para exames laboratoriais;

6.9. Executar atividades de desinfecção e esterilização;

6.10. Prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário e zelar pela sua segurança;

6.11. Oferecer alimentação ou auxiliar o usuário na alimentação (quando necessário);

6.12. Registrar as atividades de assistência no prontuário do usuário;

6.13. Preencher registros de produção de procedimentos de enfermagem, incluindo digitação no sistema e-SUS/PEC;

6.14. Zelar e proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem;

6.15. Orientar os usuários quanto ao cumprimento das prescrições médicas e da enfermagem;

6.16. Integrar a equipe de saúde, participando de atividades de educação e saúde;

6.17. Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de usuários;

6.18. Cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;

7. Participar de atividades de educação permanente e/ou cursos de capacitação para desenvolvimento profissional;

8. Participar nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONFORME COFEN

De acordo com COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM)

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

1. Assistir ao Enfermeiro:

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

CAPÍTULO VII

Do horário de trabalho

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

CAPÍTULO VIII

Das disposições Gerais ou Transitórias

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

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

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

Art. 16 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos representantes de enfermagem das Supervisões, Departamento Jurídico, Coordenadorias e Diretoria da Atenção Básica FSPSS.

Art. 17 - O Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde da administração direta, e ou parcerias/administração indireta, deverão seguir as normas, diretrizes, protocolos e notas técnicas, da Secretaria Municipal da Saúde de São Sebastião e FSPSS. As divulgações são realizadas em manuais.

1.3 RESPONSABILIDADE TÉCNICA PERANTE O COREN-RT

Em consonância com a Resolução COFEN – 0509/2016 - Art. 4º Parágrafo 1º: A ART pelo Serviço de Enfermagem deverá ser requerida ao Conselho Regional de Enfermagem pelo Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem da empresa/instituição/ensino onde estes são executados.

1º Fica estabelecido o limite máximo de 02 (duas) concessões de ART por enfermeiro, desde que não haja coincidência de horário de suas atividades como RT ou assistencial nas empresas/instituições/ensino as quais esteja vinculado.

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

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

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

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

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

1.4 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM - CEE

De acordo com a resolução COFEN 172/1994 e a Decisão COREN-SP/PLENÁRIO/014/2018:

1º As Comissões de Ética de Enfermagem deverão atuar de modo autônomo, e em caráter consultivo ao(à) enfermeiro(a) responsável técnico(a) de enfermagem, sem qualquer vinculação ou subordinação.

2º – As Comissões de Ética de Enfermagem deverão atuar de modo preventivo, por meio da conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições éticas e legais, com vista a garantir: a assistência de enfermagem segura, a atuação profissional de enfermagem sem qualquer forma de discriminação, violência ou assédio.

3º – A atuação das Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) deverá estender-se a preservação da adequada e nobre imagem da profissão, de seus profissionais e instituições.

4º – A atuação das Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) deverá ser conciliadora nas questões de conflitos interprofissionais e que não envolvam terceiros, riscos a usuários do serviço, pacientes, familiares e a comunidade em geral.

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

COMPOSIÇÃO

As CEE devem ser compostas conforme a Resolução COFEN 593/2018.

Art. 4º Tornar obrigatória a criação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.

Art. 5º A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos desta Resolução.

§ 3º A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizas, técnicos e auxiliares de enfermagem. A CEE será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

§ 4º O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

1.5 ORIENTAÇÕES PARA A VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA – FSPSS/SP

1. A visita fiscalizatória deverá ser acompanhada pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou alguém que o represente;
2. O Enfermeiro da Unidade deverá encaminhar as cópias das notificações do COREN-SP para a Coordenadoria de Enfermagem. A resposta à notificação deverá ser redigida pelo enfermeiro da unidade em consenso com a Supervisão e/ou Coordenadoria e uma cópia desta deverá ser arquivada em cada instância envolvida. A Coordenação da Atenção Básica deverá ser comunicada quando a situação necessitar.

1.6 DIRETRIZES - ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA FSPSS/SP - ORGANIZAÇÃO BÁSICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE

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

1. CONSULTAS

- A consulta de enfermagem é de alta acuidade e baixa especificidade voltada às necessidades humanas básicas.
- A consulta direcionada exclusivamente ao diagnóstico patológico é de responsabilidade médica.

ENFERMEIROS

2. AÇÕES BÁSICAS EM UNIDADES DE SAÚDE / ESPECIALIDADES

ATIVIDADES	DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA IDEAL/Semana	ORGANIZAÇÃO SEMANAL
Atividade Administrativa	2	Escala -> Rodiziar os sítios de trabalho da equipe periodicamente; Produção; Reuniões administrativas; Preenchimento do e-SUS.
Supervisão de Enf. + Procedimentos	10	Supervisão técnica diária Enfermagem e quando necessário, prestar assistência de Enfermagem em situações de urgências e emergências clínicas na Unidade de Saúde, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada, através do referenciamento necessário e adequado, para outros pontos da rede, conforme fluxos institucionais.
Consulta de Enfermagem	20	20 consultas programadas e 10 eventuais
Grupo Educativo	2	2 grupos educativos / semana Realizar conforme planejamento da unidade.
Visita Domiciliária	2	2 a 4 VD /semana
Reunião / Educação em serviço da equipe/ permanência/ interna e externa	2	Realizar conforme planejamento da unidade no mínimo 1 (uma) vez por semana.
Vigilância epidemiológica	2	Realizar conforme planejamento da unidade. Organizar mutirões e campanhas.

**Total de
40h/semana**

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

3. TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM - ESPECIALIDADES

ações básicas em unidades de saúde / especialidades

ATIVIDADES (Distribuídas em escala pelo enfermeiro da Unidade)	DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA IDEAL	ORGANIZAÇÃO SEMANAL (Realizada pelo enfermeiro da Unidade)
• Procedimentos de enfermagem / Ações de Vigilância	34	<ul style="list-style-type: none"> Quando necessário auxiliar a equipe de saúde a prestar assistência de enfermagem em situações de urgências e emergências; Realizar atividades dentro de suas atribuições; Participar de mutirões e campanhas.
• Visita Domiciliária	2	2 a 6 VD/ Semana
• Grupo Educativo	2	01 Grupo educativo (com pelo menos 5 participantes e duração em torno de 30 minutos)
• Educação Continuada Interna ou Externa / Reunião Geral da Unidade de Saúde	2	• Roduzir quinzenalmente carga horária de 2 horas na semana com atividades de educação continuada, reunião de enfermagem ou geral da Unidade de saúde
Total de 40h/semana		• Obs.: Estar ciente da necessidade de roduzir os sítios de trabalho.

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

1.5. SUGESTÃO DE ESCALA MENSAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Escala de atividades de enfermagem

Ano: _____ Mês: _____ Horário de funcionamento: 07:00 às 17:00

USF: _____

Nome	Função		COREN:	Horário de Trabalho																											
				07:00 às 16:00																											
Dias do mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Dias da semana																															
Enf. R.T																															
Enf.																															
Aux enf.																															
Aux enf.																															
Aux enf.																															
Profissional	<i>Área Operacional</i>																														
Enfermeiro R.T.	Supervisão(S), Coordenação(C), Gerência(G), Consulta Enf. (CE), Reunião(R), Atividade Educativa(AE), Vigilância Epidemiológica(VE)																														
Enfermeiro	Supervisão(S), Coordenação(C), Gerência(G), Visita Domiciliar(VD), Citeologia Cronológica(CO), Consulta Enf. (CE), Reunião(R), Atividade Educativa(AE)																														
Aux enfermagem	Sala de Vacina(SV), Sala curativo(SC), Sala de Procedimentos(SP), Sala de esterilização(SE), Sala de observação(SO), Sala de Acolhimento(SAC), Sala de Inalação(SI), Atividade Educativa(AE), ECG(E), USG(S), Vigilância Epidemiológica(VE)																														
	<i>Observações</i>																														
Férias:																															
Abonadas:																															
Atestado Médico:																															
Licença Médica:																															
Afastamento:																															
Elaborado:	Diretoria de Atenção Básica																														

IMPORTANTE! A ESCALA DEVE SER RODIZIADA.

1- O profissional da enfermagem deverá conhecer e saber atuar em todos os serviços e ações da unidade de saúde

1.1- O rodízio dos profissionais nos setores (atendimentos, procedimentos e ações) favorece o trabalho em equipe.

1.2- Possibilita ao profissional sempre estar atualizado: equipamentos, instrumentos, medicações, procedimentos e novas ações na unidade.

1.3- Favorece o não usuáriorismo

1.4- Permite adequações da escala frente a possíveis situações de absenteísmo.

1.5- Permite o distanciamento de "vícios" na rotina de trabalho.

SUPERVISÃO TÉCNICA

O processo de supervisão, ou Visita Técnica realizada junto ao Enfermeiro na unidade de saúde faz parte do dia a dia.

Organiza e conduz a equipe;

Distribui e equaciona as suas atividades;

Acompanha o andamento do trabalho/verifica ações;

Acompanha o desempenho do trabalhador;

Zela pelo cumprimento das normas e rotinas estabelecidas;

Orienta rotineiramente a equipe;

Avalia Resultados;

Faz a interface entre o gestor administrativo e a equipe de trabalho.

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

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

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

SUPERVISÃO

É a oportunidade de estabelecer as transformações necessárias

O que deve permanecer do que está sendo feito

O que deve ser retirado

O que pode ser transformado

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ordenar; Organizar; Metodizar; Regularizar

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

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

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

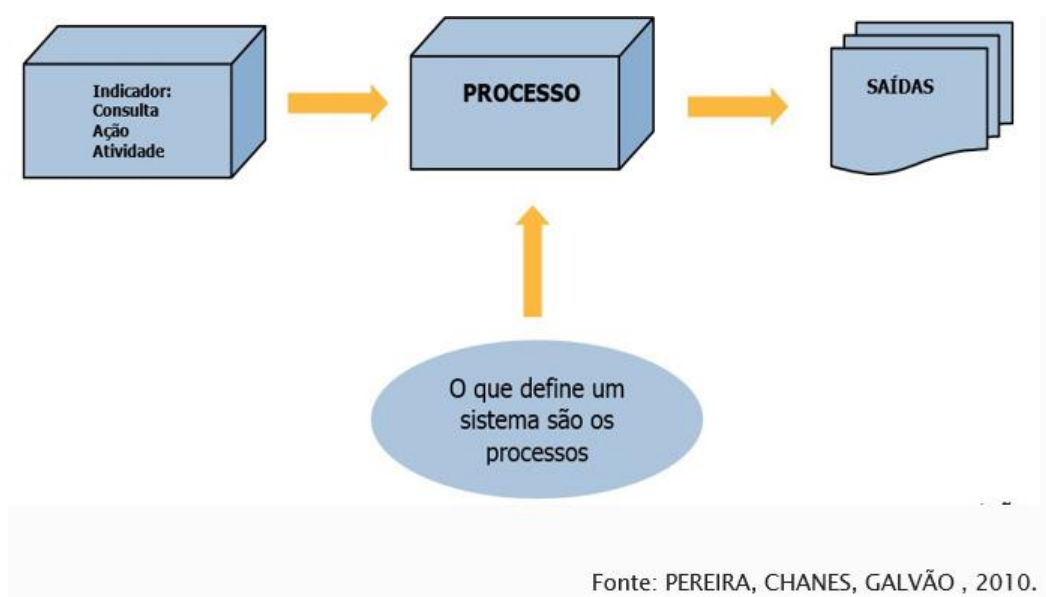
Nas atividades diárias do enfermeiro, além da preocupação com o processo de trabalho da sua equipe, está sua assistência de caráter individual, na realização de suas consultas e de caráter coletivo, quando presta assistência à família e à comunidade. Estas são priorizadas considerando as características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

De acordo com a RESOLUÇÃO COFEN 358/2009

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

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

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



1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – Individual e Coletiva

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

INDIVIDUAL

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

Consulta/Processo de enfermagem

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

COLETIVA

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

Consulta/Processo de enfermagem

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

PROCESSO DE ENFERMAGEM INDIVIDUAL Acompanhamento individual - contínuo

Periodicamente:

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

PROCESSO DE ENFERMAGEM ASSISTÊNCIA COLETIVA

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

da RESOLUÇÃO COFEN-358/2009:

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

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

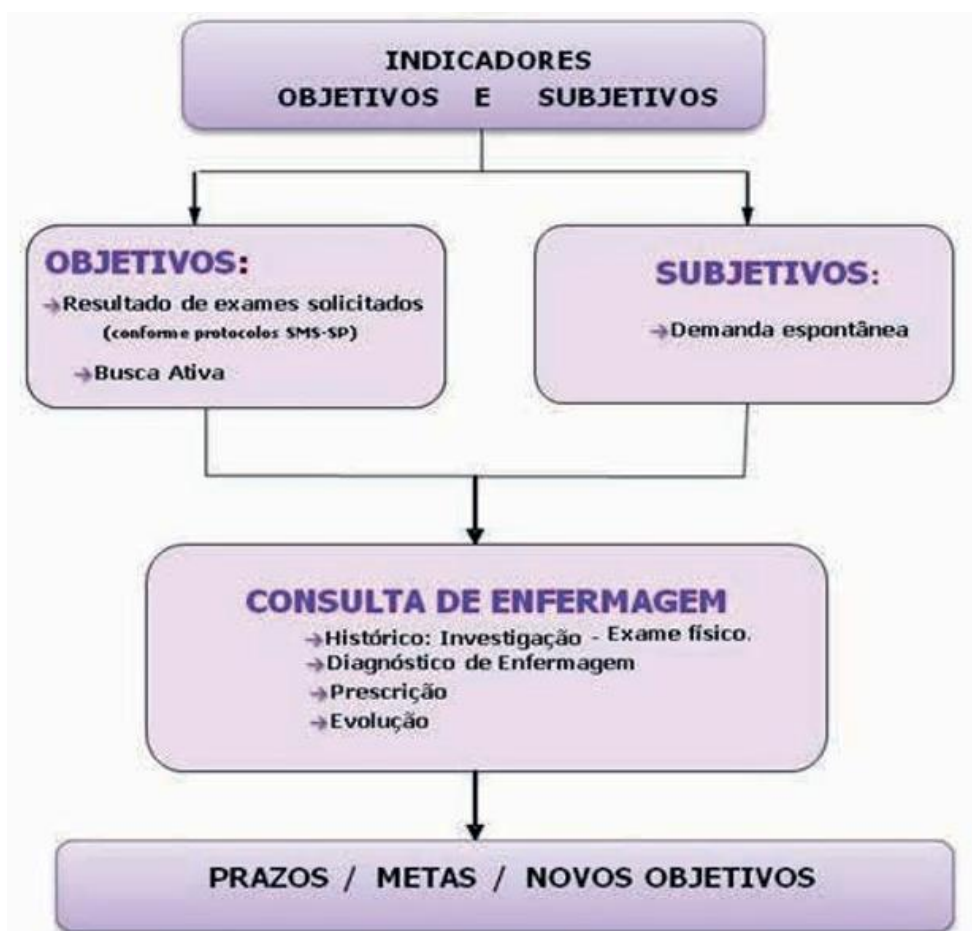
§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao

usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação de Enfermagem.

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

CENÁRIO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

SAE



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

Fonte: PEREIRA, CHANES, GALVÃO, 2010

Agendamento individual diário / semanal / mensal

Sistematização coletiva é realizada com a equipe multidisciplinar.

A participação da equipe de enfermagem nestas equipes é conduzida pelo enfermeiro

Para a consulta individual o enfermeiro deve seguir um instrumento padrão organizado pela instituição (tendo como base as orientações deste manual)

2.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM - INDIVIDUAL

Execução

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

a. Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo de saúde e doença;

b. Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade em um

dado momento do processo saúde e doença

c.As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;

d.Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

O enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas:

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

PASSOS:

1 - COLETA DA HISTÓRIA: Ambiente tranquilo, iluminado, considerar privacidade.

2 - ABORDAGEM

(lavagem das mãos)

Início -> usuário sentado

Expor a parte a ser examinada, cobrindo o restante do corpo

Realizar o exame cefalopodal (em crianças seguir o manual da criança SMS-SP) Explique todos os procedimentos.

3 - INSPEÇÃO -> Observar o “continuum” de forma panorâmica e localizada utilizando visão e audição.

PERCUSSÃO->Colocar em movimento o tecido subjacente: técnica que ajuda Observar se o tecido subjacente é sólido e/ou, se contém ar e/ou líquido

PALPAÇÃO->Tocar observando as estruturas e distinguir as variações do normal ao anormal

AUSCULTA ->Com auxílio do estetoscópio pode-se ouvir sons de alta frequência

SINAIS VITAIS:

4 - Temperatura Pulso Respiração Pressão Arterial

BCF -> no caso de gestantes Dor

APARÊNCIA GERAL

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Altura

Peso

IMC

6 - EXAME FÍSICO Etapas:

O quadro abaixo exemplifica apenas o exame geral.

Geral	a.	Higienizar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada			
	Pele	Inspeccionar todas as partes do corpo.			
	Coloração	Icterícia, pigmentação, albinismo, palidez, eritema, cianose			
	Pele	Hipotermia	Hipertemia	Simetria de temperatura	
	Temperatura	Úmida, Lisa	Turgar – mobilidade (prega cutânea)	Teste Godet	
Pele			Edema com “cacifo”		
Hidratação					

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

Check list disponível no apêndice 2.1

7 – DIAGNÓSTICO

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

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

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

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

LUNA, 2011

Obs.:O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, QUE TENHA RECONHECIMENTO

INTERNACIONAL, para registrar seu diagnóstico.

8- PRESCRIÇÃO

a. Conforme cada caso individualmente.

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



Fotos: Unidades da Atenção Básica SMS-SP

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

PORTARIA MS/GM Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Das atribuições específicas Do Enfermeiro:

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

VISITA DOMICILIÁRIA
VISITA TÉCNICA DE
ENFERMAGEM

3. VISITA DOMICILIÁRIA

A Visita Domiciliária (VD) é uma prática voltada ao atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade.

É uma ação de interação e aproximação entre a equipe de saúde e o foco (indivíduo, família e/ou comunidade).

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

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

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

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

3.1. A VD PODE SER REALIZADA PARA ATENDER VÁRIOS OBJETIVOS:

1. Prestar cuidados, como por exemplo:

1.1. Troca de dispositivos invasivos no domicílio (cateter nasoenteral, cateter de gastrostomia, cateter de cistostomia, cateter vesical de demora)

1.2. Lavagem intestinal (fleet enema e enteroclisma)

1.3. Coleta de Material biológico (sangue, urina)

1.4. Outras classificações de medicações injetáveis (anticoagulantes, complexo vitamínico)

1.5. Entrega de insumos hospitalares

2. Orientar cuidados aos cuidadores

3. Para investigação epidemiológica

4. Para buscar adesão do usuário ao tratamento

5. Para busca ativa

6. Para orientação e encaminhamento a outros recursos da comunidade

7. Para incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade; entre outros

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

1 – Prontuário

2 – Material de Escritório

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

Descrição da Técnica de VD:

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

Descrição do procedimento:

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

3.1.1. AS VISITAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

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

A visita técnica é caracterizada pela ida dos profissionais de enfermagem a outros equipamentos da rede ou espaços coletivos como escolas, empresas e unidades prisionais. Tem como objetivo as ações de

promoção de saúde que devem ser planejadas por meio do diagnóstico local.
Sendo assim, a mesma não deve ser considerada como visita domiciliária.

Por meio da visita técnica, é possível:

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

VISITA TÉCNICA DE ENFERMAGEM EM ESCOLAS (VTEE)

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

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

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

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

Programa Saúde na Escola (PSE)

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

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

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

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

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

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

No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

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

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

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

1. Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública
2. Promoção da saúde e de atividades de prevenção
3. Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de Jovens
4. Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes
5. Monitoramento e avaliação do programa

EDUCAÇÃO PERMANENTE

4. EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

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

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

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

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

Davini (2002)

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

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

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

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

O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir

da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador.

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

TREINAMENTOS/CAPACITAÇÕES EM SERVIÇO

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

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

GRUPOS EDUCATIVOS E ORGANIZAÇÃO

5. ORIENTAÇÕES BÁSICAS NA CONDUÇÃO E MONTAGEM DE GRUPOS

Educação em Saúde

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

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

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

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

Saber popular e Saber Científico

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

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

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

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

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

GRUPOS EDUCATIVOS

FINALIDADE DO GRUPO

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

ORGANIZAÇÃO

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

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

FACILITADOR ou RESPONSÁVEL PELO GRUPO

- É o mediador entre os participantes do grupo e os temas a serem desenvolvidos, criando espaços, mostrando alternativas, despertando o desejo de conhecimento, assegurando o crescimento do grupo e sua integração;
- Deve estar aberto para o diferente, disponível para o diálogo, não devendo se considerar o dono da verdade;
- Respeitar os limites, necessidades e valores de cada indivíduo e do próprio grupo;
- É necessário que domine o conteúdo a ser desenvolvido e as dinâmicas a serem aplicadas. É indicado que tenha vivenciado anteriormente, ou ter muita segurança para conduzi-las.

PLANEJAMENTO

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

CONDUTAS BÁSICAS

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

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

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

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

Ex:

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

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

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

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

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

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

ESTRUTURA BÁSICA DO TRABALHO EM GRUPO

A estrutura do grupo consiste nas três etapas seguintes:

- Fase de APRESENTAÇÃO é o primeiro contato do facilitador com o grupo e vice versa. É a fase da criação de vínculos e de tomar conhecimento do funcionamento do grupo.

É o momento onde se explica a metodologia a ser utilizada, levantando as expectativas dos participantes. neste momento podem ser utilizadas dinâmicas de apresentação e de descontração.

A fase de DESENVOLVIMENTO está dividida em três momentos:

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

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

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

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

MODELOS DE METODOLOGIAS – Educação em Saúde Individual e coletiva

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

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

Passos principais do Modelo Participativo:

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

ROTINAS

6. ROTINAS

6.1 CENTRAL DE MATERIAL – LIMPEZA, DESINFECÇÃO e ESTERILIZAÇÃO

CONSULTORIA TÉCNICA

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- COVISA

GERÊNCIA DO CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS - CCD NÚCLEO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONSULTORIA TÉCNICA

Profa. Dra. Enfa. Kazuko Uchikawa
Graziano Profa. Dra. Enfa. Maria Clara
Padoveze

MISSÃO DA CME- Central de Material e Esterilização:

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

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

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

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

Responsável: Enfermeiro

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

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

6.1.1 CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

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

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

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

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

Áreas críticas:

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

Nas Unidades Básicas de Saúde, as áreas podem ser classificadas como:
Áreas semicríticas e áreas não críticas

Áreas semicríticas:

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

Áreas não críticas:

- Administração
- Almoxarifado
- Auditórios

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

Deve-se dar ênfase à frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas, como

por ex.: bancadas de trabalho, maçanetas...

6.1.2 SALA DE EXPURGO

Esta área é um espaço fisicamente definido para recepção, separação e lavagem de produtos para a saúde.

A organização do expurgo visa o adequado processamento dos referidos artigos.

Estrutura fixa da sala:

1. Recipientes plásticos com tampa, para:

- Detergente enzimático (preferencialmente), ou Detergente alcalino, ou neutro
- Desinfetantes: ácido peracético ou hipoclorito de sódio

2. Lixeira com tampa acionada por pedal;

3. Pia ou tanque de cuba funda;

4. Mesa auxiliar ou bancada;

Obs: Não são permitidos armários fechados sob as pias.

1. EPI (s):

- Avental impermeável longo,
- Luva grossa de cano longo e luva de procedimento,
- Máscara,
- Óculos protetor,
- Gorro e
- Sapatos fechados.

2. Soluções:

- Detergente enzimático (preferencialmente), ou Detergente alcalino, ou neutro.
- Desinfetante: ácido peracético ou hipoclorito de sódio e,
- Álcool a 70% específico para superfície.

3. Escovas de cerdas macias

Ex.: escovas tipo degermação da pele, escovas tipo dental especialmente destinadas para limpeza de materiais e, esponjas não abrasivas

4. Recipientes plásticos com tampas para cada tipo de solução.

5. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.

6. Saco plástico de lixo branco (até 20 litros).

Cuidados diários com a sala:

1. Checar os insumos e artefato necessários para o trabalho diário de lavagem e desinfecção dos produtos para a saúde da Unidade;

2. Manter as janelas teladas abertas para ventilação do ambiente;
3. Separar os produtos para a saúde por tipo: instrumental, material plástico e borracha;
4. Organizar a bancada ao término de cada plantão, guardar todos os produtos utilizados na rotina de limpeza e desinfecção;
5. Manter a sala limpa e organizada;
6. Antes de retirar as luvas, lavar as mãos enluvadas; secar e guardar;
7. Retirar os EPIs na sala e mantê-los limpos em local apropriado para secagem.

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

Limpeza dos produtos para saúde:

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

Utensílios:

Utilizar recipientes plásticos retangulares com tampa de cores diferentes para:

Inaladores contaminados na sala de inalação.

Inaladores processados, pronto para uso.

Utilizar balde plástico com tampa de cores diferentes para:

1. Detergente líquido enzimático, ou alcalino, ou neutro.
2. Solução de ácido peracético ou hipoclorito de sódio.

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

6.1.3 SALA DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

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

Materiais necessários para uso diário:

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

Estrutura fixa da sala:

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

Cuidados diários com a sala:

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

Técnica de Preparo dos produtos para saúde:

APÓS LAVAGEM – detergente disponível (Limpeza dos produtos para saúde -> FRICÇÃO MECÂNICA)

- Ver quadro - Limpeza dos produtos para saúde acima

Obs.: a fricção mecânica é de suma importância e deverá ser intensificada frente ao tipo de detergente a ser utilizado ENXAGUAR abundantemente com água potável

SECAR - Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.

1. Higienizar as mãos
2. Colocar luvas para procedimento
3. Inspeccionar o produto quanto à integridade, limpeza e funcionalidade
4. Colocar no pacote o indicador químico
5. Embalar com invólucro recomendado
6. Lacrar
7. Identificar no laque (fita adesiva): considerar especificidade -> RDC 15 de 15/03/12 Art. 85

O rótulo de identificação da embalagem deve conter: Nome do produto, Número do lote; Data da esterilização; Data limite de uso; Método de esterilização; Nome do responsável pelo preparo.

De acordo com o preconizado pela ANVISA (2012), a data de limite de uso é definida como: “prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado”

Estudos demonstram que itens embalados e estocados adequadamente mantêm-se com a esterilidade preservada por até 6 meses, DESDE QUE NENHUM EVENTO AFETE A CONDIÇÃO DA INTEGRIDADE – por exemplo, cair no chão, ser apertado com elástico, etc.

Esterilização dos produtos para saúde:

1. Colocar na autoclave os produtos para saúde
2. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor e drenagem do ar e do vapor
3. Ordenar os pacotes mais pesados embaixo
4. Utilizar até 70% da capacidade da câmara da autoclave, deixando as paredes da câmara livres sem apoiar os pacotes
5. A utilização de indicadores biológicos deve ser feita no mínimo 1 vez ao dia, antes do início das atividades (ANVISA, 2012).

O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização."

6. Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso
7. Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas
8. Ao término do ciclo e, após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos para a saída do vapor
9. Higienizar as mãos
10. Verificar a integridade, ausência de umidade e manchas nos pacotes
11. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Técnica de Armazenamento dos produtos para saúde:

1. Higienizar as mãos
2. Estocar os materiais esterilizados em local arejado, sem presença de umidade e de fácil limpeza.
3. Armazenar somente materiais corretamente identificados (conforme item 7 • TÉCNICA DE PREPARO).

4. Armazenar os pacotes de modo a assegurar as condições que preservem a esterilidade do conteúdo:

- O local de armazenagem não deve apresentar umidade;
- O local de armazenagem deve ser específico para guarda de itens estéreis ou, desinfetados (não misturar com outros itens);
- As embalagens utilizadas para materiais esterilizados devem ser claramente distintas daquelas utilizadas para materiais apenas desinfetados, para não haver uso equivocado.
- Os produtos devem ser estocados somente após serem resfriados;
- Os produtos não devem ser compactados ou agrupados por meio de elásticos ou presilhas;

Caso seja necessário organizá-los por tipo de produto, utilizar recipiente que permita a acomodação cuidadosa, sem compressão (recipiente de plástico rígido);

Não estocar produtos pesados sobre mais leves;

Os produtos devem apresentar a embalagem íntegra: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos;

Produtos com embalagem comprometida devem ser considerados contaminados e encaminhados para reesterilização.

Observação importante:

A manutenção da esterilidade do produto depende de condições que não permitam a penetração de microorganismos em pacotes esterilizados.

Assim sendo, desde que utilizada uma embalagem apropriada, a validade do material esterilizado está diretamente relacionada com:

Qualidade e integridade da embalagem;

Condições de transporte e estocagem;

Forma de manuseio apropriada.

Antes de armazenar novos lotes de produtos esterilizados, verificar as condições de integridade da embalagem dos produtos previamente estocados, removendo para reesterilizar os que estiverem inadequados

Técnica de utilização de produto esterilizado

1. Higienizar as mãos
2. Manusear pacotes esterilizados com cuidado, evitando compressão ou manipulação excessiva
3. Verificar a embalagem quanto às condições de integridade: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos. Pacotes cuja embalagem não estiver íntegra devem ser considerados contaminados, não utilizados e encaminhados para reesterilização
4. Verificar as condições do indicador químico externo: Se a fita zebra não estiver completamente revelada, não utilizar e encaminhar para a reesterilização
5. Abrir a embalagem com técnica asséptica, utilizando o lado apropriado para abertura da selagem ou da abertura da dobra, conforme o tipo de fechamento que o pacote apresentar. Não rasgar ou utilizar tesoura para abertura de pacotes estéreis
6. Remover o produto com técnica asséptica evitando contaminá-lo com as mãos ou com a face externa do pacote ou se o produto for ser transferido para um campo estéril, utilizar técnica asséptica de transferência, impedindo o contato das mãos ou da face externa do pacote no campo estéril

7. Verificar as condições do integrador químico interno (integrador), que deverá estar na posição “esterilizado”. Caso o integrador indique falha na esterilização ou apresente-se duvidoso, o pacote deverá ser considerado como contaminado o que deverá ser relatado imediatamente para o enfermeiro responsável pela esterilização

8. No caso de cirurgias, registrar o resultado do indicador químico interno (integrador) ou anexá-lo no prontuário do usuário

9. Sempre que um indicador químico interno mostrar-se em posição que indique falha na esterilização ou duvidoso, devem ser estabelecidos processos de avaliação no equipamento de esterilização a fim de identificar as causas da falha ocorrida.

MÉTODOS DE MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO:

Monitoramento Biológico:

É realizado por meio de indicador biológico contendo uma população de aproximadamente 105 a 106 de micro-organismos esporulados, comprovadamente resistentes ao agente esterilizante a ser monitorado.

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

Incubadora:

1. Ligar a incubadora e deixá-la aquecer por 1 hora
2. Colocar o tubete de plástico no local indicado na incubadora para que a ampola de vidro (interna no tubete de plástico) seja quebrada, se necessário apertar manualmente o tubete de plástico antes de colocar na incubadora
3. Manter a tampa da incubadora sempre fechada para manutenção da temperatura apropriada para a incubação
4. Proceder da mesma forma com um indicador que não tenha sido submetido ao processo de esterilização.

Este indicador servirá como controle positivo e testará a incubadora, verificando se esta apresenta as condições ideais de temperatura e se os esporos daquele lote de indicadores são viáveis

5. Incubar o indicador biológico por até 48hs, verificando periodicamente se houve crescimento bacteriano. A cor do meio de cultura permanecerá violeta (negativo) ou amarela (positivo).

O tempo de leitura do indicador biológico poderá ser menor, de acordo com a recomendação do fabricante.

6. Retirar as etiquetas identificadoras dos tubetes de plástico para colar no livro de controle

Obs.: Atentar ao modelo da incubadora, tempo de leitura -> antes de colocar em uso ler orientação do fabricante.

Monitoramento químico: O indicador/integrador químico

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

Integrador químico:

É um indicador químico que, quando colocado no pacote a ser esterilizado, detecta se o agente esterilizante (vapor) atingiu o interior de cada um deles.

1. Colocar um indicador/integrador químico no meio do maior “pacote desafio” das cargas processadas na USF, UBS ou outros serviços identificando no lacre;
2. Processar a carga de acordo com procedimentos estabelecidos e armazenar o material;
3. Abrir o pacote desafio (na CME), retirar o integrador, realizar a leitura individual Anexar e fazer a anotação no caderno próprio.

Obs.: Os pacotes (que poderão ser definidos previamente por cada Unidade para receber de rotina ou eventualmente o integrador) abertos nos setores (consultório de odontologia, sala de PCG /colocação de DIU, sala de curativo), retirar o integrador, realizar a leitura individual e anexar ou anotar no prontuário.

Monitoramento físico:

É realizado por meio da verificação da temperatura da autoclave. Utilização da impressão dos parâmetros da autoclave.

CONTROLES:

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

Obs.: Manter em local visível as instruções de funcionamento da autoclave.

É recomendado realizar por laboratório capacitado:

1. Qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho, para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para saúde.
2. Calibração das leitoras de indicadores biológicos e das seladoras térmicas
3. As informações resultantes das intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento até a desativação ou transferência do equipamento.

Referência: Art. 37, 38, 39 e 40 RDC 15 de 15/03/12.

DESINFECÇÃO DE INALADORES

Materiais necessários para uso diário:

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

Técnica de Desinfecção:

APÓS LAVAGEM - detergente disponível (Limpeza dos produtos para saúde -> FRICÇÃO MECÂNICA)

- Ver quadro - Limpeza dos produtos para saúde acima

Obs.: a fricção mecânica é de suma importância e deverá ser intensificada frente ao tipo detergente a ser utilizado

1. Secar o inalador e o extensor “chicote”

2. Imergir na solução química: obs.: preencher o lúmen do extensor

3 a) I. Ácido peracético • 10 a 30 minutos conforme a recomendação do fabricante do produto (rótulo)

Obs.:Descartar a solução conforme a indicação da fita reagente e a recomendação do Fabricante.

3 b) II. Hipoclorito de sódio 1%

- 30 minutos

Obs.: Não diluir a solução de hipoclorito de sódio e descartar a cada período (6h)

4.Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive o lúmen do extensor do inalador “chicote”.

5. Imergir em água potável corrente por 30 minutos, com objetivo de amenizar a impregnação do odor característico do agente químico.

6. Enxugar com falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas O lúmen do extensor é seco com fluxo de ar.

Técnica de preparo

1. Higienizar as mãos

2. Colocar luvas de procedimento

3. Inspeccionar o produto quanto a integridade, limpeza e funcionalidade

4. Embalar o invólucro recomendado

5. Lacrar

6. Identificar no lacre (fita adesiva) nome do produto, data e nome do profissional que preparou e a data limite de uso do produto esterilizado

6.1.4 LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA

Responsabilidade: Responsável técnico pelo serviço de Higiene, sob orientação técnica do enfermeiro da unidade e supervisores técnicos.

Execução: Profissionais de higienização

1. Realizar diariamente limpeza concorrente da sala de expurgo e sala de preparo e esterilização com água e sabão.

Na presença de sangue, excreção, secreção e rompimento do saco de lixo, deverá retirar com papel absorvente, na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido e realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio.

Usar EPI adequado: avental, luvas, óculos de proteção e máscara ou protetor facial

2. Realizar semanalmente a limpeza terminal da sala de expurgo e sala de preparo e esterilização – piso, parede, teto, janelas e outros que se fizerem necessários.

3. Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente (Manual de Biossegurança SMS-SP, 2014). Caixa para descarte de perfurocortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade.

Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente (Manual de Biossegurança SMS-SP,2014). Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó.

Os resíduos recolhidos devem ser encaminhados à sala de resíduos ou lixeira

4. Recolher os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço.

BIOSSEGURANÇA: Lembre-se que:

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

6.2 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Descrição da limpeza da superfície (bancada):

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

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

Execução do procedimento: Auxiliar e Técnico de Enfermagem Materiais: Insumos e recursos

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

Descrição da limpeza da superfície sem secreção (piso)

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

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

Descrição da desinfecção da superfície com secreção (piso):

->execução do serviço de limpeza – sob orientação técnica do enfermeiro da unidade Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento:

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

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

1.Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc.)

2.Calçar as Luvas para borracha

3.Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo

4. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima

5.Realizar a secagem com um pano limpo e seco

Descrição da desinfecção da superfície (bancada):

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

1.Álcool 70º e pano limpo (ou descartável)

2.Calçar as luvas

3.Umedecer um pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo

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

6.3 SETOR DE MEDICAÇÃO

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

Responsável: Enfermeiro

Localização: Próximo à sala de urgência (se houver), à sala de inalação e à sala de curativos.

Atentar para a ventilação e à privacidade do usuário durante o atendimento

Execução dos procedimentos: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

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

Materiais: Insumos e recursos

Observações importantes:

Medicamentos • Acondicionar de forma a facilitar sua utilização e checagem de sua validade

Seringas • Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)

Agulhas • Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)

Escalpes • Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)

Algodão • Sempre protegido

Álcool a • 70 % Em almotolias identificadas (quando não houver a padronizada SMS-SP)

Garrote (tubo de látex) • Desinfecção após uso; acondicionar em local seco longe do calor

Cuba rim • Desinfecção a cada procedimento; esterilização se necessário

Equipo (macro e microgotas) • Acondicionar em local seco, longe do calor

Suporte de soro • Limpeza e desinfecção

Braçadeira • Proteger a cada uso; limpeza e desinfecção

Sabão líquido • De fácil acesso para lavagem das mãos

Espardrapo/micropore • Acondicionar em local seco longe do calor

Caixa para descarte de perfuro cortante • Afixada na parede, não podendo ficar em cima da pia ou qualquer outro móvel

Divã • Troca de lençol descartável a cada usuário

Escada de dois degraus • Forrar para uso do usuário quando descalço

* cilindro de oxigênio • Longe do alcance dos usuários; checagem do volume de conteúdo estabelecida pelo enfermeiro

Caixa de emergência do carrinho • Com lacre; ser checada diariamente ou semanalmente dependendo da demanda da unidade, de responsabilidade da rotina estabelecida pelos enfermeiros com reposição imediata

Aspirador • Desinfecção e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade; rotina estabelecida pelos enfermeiros (teste diário)

Tábua - p/ RCP Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade

Esfigmomanômetro • (Adulto, pediátrico e obeso) • Acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe do calor excessivo.

Estetoscópio • Adulto e infantil Desinfecção após uso de cada usuário e manutenção rotineira; acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo

Equipamento s/ materiais de emergência • Em local seguro de acesso aos profissionais. Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira, dependendo da característica da demanda da unidade.

-> Medicamentos e insumos orientação REMUME

Biombos • Devem ter sua forração plástica ou descartável; Limpeza, Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira

Planilhas de produção • Local a ser indicado pelo enfermeiro – deverão ser preenchidos diariamente

Maca e cadeira de rodas para obesos • Em local de fácil acesso - limpeza e manutenção rotineira dependendo da característica da demanda da unidade.

Obs.:

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

OBSERVAÇÕES GERAIS	Recomendações
1 Diariamente, limpeza concorrente do setor de medicação	Utilizar água, sabão e álcool a 70% nas superfícies; mantendo o local limpo e organizado;
2 Semanalmente, a limpeza dos armários e gabinetes	Utilizar água, sabão e álcool a 70% nas superfícies; mantendo o local limpo e organizado;

6.6 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA

Rotina organizada pela equipe técnica da FSPSS/SP

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

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

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

O PMI também segue algumas legislações específicas:

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

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

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

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Atribuições específicas Enfermeiro

1. Exercer todas as atividades de vacinação respeitando as normas técnicas vigentes
2. Atualizar, supervisionar e treinar em serviço a equipe que atua na sala de vacina
3. Consolidar os dados de doses de vacinas aplicadas
4. Supervisionar o Preenchimento do Boletim Mensal de Doses Aplicadas

5. Supervisionar controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinas, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios
6. Supervisionar controle e previsão de insumos destinados à demanda de vacinação, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios.
7. Notificar e investigar os Eventos Adversos Vacinal Pós-Vacinação (EAPV) e os procedimentos inadequados de imunização e pós-imunização
8. Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV
9. Calcular e avaliar cobertura vacinal e taxa de abandono de sua área de abrangência
10. Avaliar as anotações do controle de temperatura dos equipamentos de refrigeração e notificar se ocorrer alterações de temperatura
11. Avaliar sistematicamente as estratégias desenvolvidas.
12. Supervisionar a alimentação do sistema SIPNI e cartão espelho
13. Avaliar as contraindicações e situações de adiamento sobre a vacina a ser aplicada

Membros da Equipe de Enfermagem

1. Manter e fazer manter a ordem e higienização do ambiente
2. Conhecer as normas de imunização, documentos técnicos sobre as vacinas aplicadas no calendário de vacinação e legislações específicas
3. Realizar as atividades de vacinação (rotina, campanhas, intensificação e bloqueios)
4. Identificar as contra indicações e situações de adiamento às aplicações de vacinas (Ato exclusivo do Enfermeiro)
5. Prestar assistência com segurança
6. Utilizar os imunobiológicos de acordo com indicação preconizada pelo Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde
7. Anotar os procedimentos realizados e registrar na ficha registro as vacinas administradas.
8. Alimentar o Sistema PEC e o cartão espelho
9. Consolidar os dados de doses de vacinas aplicadas
10. Preencher o Boletim Mensal de Doses Aplicadas
11. Fazer controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinas, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios
12. Manter os imunobiológicos em temperatura adequada (+2° a +8° C)
13. Notificar à VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA as alterações de temperatura ocorridas no equipamento de refrigeração
14. Manusear os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento
15. Realizar limpeza dos equipamentos de refrigeração conforme necessidade: “Câmaras de imunobiológicos – 1 vez por mês

16. Operar os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento
17. Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV (Ato exclusivo do Enfermeiro)
18. Registrar e desprezar de forma adequada os imunobiológicos inutilizados
19. Fazer o controle e busca dos faltosos
20. Realizar, manter e orientar princípios de biossegurança

Espaço físico

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

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

Material Permanente:

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

Material de Apoio e Consumo:

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

Material para Atividade de Vacinação Extramuros:

1. Imunobiológicos
2. Caixa térmica
3. Gelo reutilizável
4. Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado

5. Algodão hidrófilo ou swab em recipiente com tampa
6. Almotolia com álcool a 70% (preferencialmente pronta para uso)
7. Seringas descartáveis
8. Agulhas descartáveis
9. Campo oleado
10. Caixa própria para descarte de material perfurocortante
11. Dispensador portátil com álcool gel
12. Material de escritório
13. Fita adesiva
14. Saco plástico para lixo hospitalar e comum
15. Impressos próprios para estratégia de vacinação
16. Plástico Bolha.

Material necessário em caso de falta de energia elétrica:

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

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

Impressos e manuais

1. Caderneta de Saúde da Criança (menino/ menina) e Caderneta de Vacinação do Adulto
2. Ficha de Registro de Vacinas
3. Mapa de Registro de Doses Aplicadas de Vacinas
4. Boletim mensal de doses aplicadas
5. Mapa para Registro Diário de temperatura
6. Mapa de movimento de imunobiológicos
7. Boletim mensal de movimento de imunobiológicos
8. Ficha de investigação de EAPV

9. Ficha de investigação de Procedimento Inadequado
10. Ficha de notificação de alteração de temperatura
11. Mapas e boletins específicos para estratégias de Campanhas de Vacinação
12. Norma Técnica do Programa de Imunização
13. Manual de Procedimentos para Vacinação
14. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
15. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação
16. Documento Técnico Rede de Frio → Subgerência de Imunização/CCD/COVISA
17. Informes Técnicos.

Início do Trabalho Diário

Antes de iniciar as atividades diárias a equipe deve:

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

Atendimento:

1. É 1º ATENDIMENTO? Verificar se o usuário está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno (pois, o mesmo pode já possuir a caderneta de vacinação)
2. 1º ATENDIMENTO: Para primeira vez, fornecer (se não tiver) documento de registro de vacinação (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinação do Adulto)
3. RETORNO: Verificar no arquivo do PEC
4. JUNTO AO USUÁRIO: Obter informações a respeito do estado de saúde do usuário a ser vacinado, evitando falsas contra-indicações.

Orientar a importância da vacinação, esquema vacinal, retornos e possíveis EAPVs .

5. ANOTAÇÕES:

- 5.1 Fazer o registro do lote, validade e vacina a ser administrada:
- 5.2 Mapa de Registro de Doses – aplicadas de vacinas
- 5.3 Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacina Adulto, carimbar e datar
- 5.4 Ficha de Registro da Vacina ou SIPNI
- 5.5 Mapa de Registro de Doses

6 Agendar retorno

7. ADMINISTRAÇÃO DO IMUNOBIOLÓGICO.

Encerramento do Trabalho Diário:

Ao final do dia:

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

Buscas de faltosos

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

Realizar visita domiciliária

Contato telefônico

Usar outros recursos da comunidade, tais como: conselho comunitário, grupos de igreja, rádio comunitária, escolas e outros.

Higienização da Câmara de Conservação de Vacina

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

Higienização Ambiente da Sala de Vacina

Equipe de Enfermagem - Higienização diária e sempre que necessário, de bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%. Limpeza terminal semanalmente. Limpeza Concorrente – diária e quantas vezes ao dia forem necessárias; Limpeza terminal – quinzenal.

6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE INALAÇÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Insumos e recursos

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

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Atribuições específicas: Enfermeiro

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

Atribuições: Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

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

6.2 ROTINA DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE CURATIVOS

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO: ENFERMEIRO

Atribuições específicas: Enfermeiro

1. Realizar consulta de enfermagem: avaliação, classificação da ferida, prescrição de cobertura adequada e Evolução conforme protocolo do Caderno de Atenção Básica nº 35 e 36
2. Encaminhar o usuário para avaliação médica (clínico) para determinar a etiologia da lesão ou em caso de intercorrências
3. Evoluir (descrever) a ferida - preencher a Ficha de Evolução ou Prontuário
4. Reavaliar periodicamente de acordo com o grau de complexidade e necessidade, ao menos uma vez a cada 30 dias.
5. Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo
6. Fazer a previsão e controle de consumo das coberturas para realização dos curativos.

Atribuições do Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem

1. Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento
2. Receber o usuário acomodando-o em posição confortável e que permita ao profissional boa visualização da lesão
3. Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro
4. Orientar o usuário quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais

5. Proceder à limpeza do instrumental se necessário
6. Fazer a desinfecção de superfície
7. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser executado.

No primeiro atendimento explicar ao usuário a técnica do curativo

8. Realizar anotação de enfermagem conforme protocolo
9. Realizar anotação do material utilizado.

Materiais: Insumos e Recursos

1. Uma mesa tipo escrivaninha (com revestimento de material lavável);
2. Armário fechado ou gabinete com portas (laváveis);
3. Almotolia com álcool a 70% e outra com clorexidina aquosa (preferencialmente pronta para uso)
4. Papel toalha - papelreira no padrão usado por SMS - não usar peças embutidas
5. Caixa para aquecer o soro fisiológico / micro-ondas
6. Impressos em geral
7. Um divã para realização do curativo e exame clínico
8. Três cadeiras tipo hospitalar
9. Um carro para curativo em aço inoxidável
10. Uma lixeira com tampa acionada por pedal
11. Um mocho
12. Um refletor parabólico, com haste flexível e cúpula (220 V)
13. Uma escada de dois degraus
14. Sabão líquido – dispensador para o sabão líquido por aspersão, sem o toque de mãos no botão de acionamento ou orifício de saída.
15. Diferentes coberturas primárias e secundárias de acordo ao protocolo do Caderno de Atenção Básica nº 35 e 36

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

HIGIENIZAÇÃO AMBIENTE DA SALA DE CURATIVOS

Equipe de Enfermagem

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

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

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

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

7. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

7.1 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

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

Finalidade

1. Remover micro-organismos da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

Hábitos importantes e necessários

1. Higienizar as mãos ao chegar na unidade de trabalho.
2. Manter as unhas naturais, limpas e curtas
3. Não usar unhas postiças quando entrar em contato com o usuário
4. Evitar uso de esmaltes nas unhas
5. Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o usuário
6. Aplicar creme nas mãos para evitar ressecamento (uso individual)
7. Não abrir ou fechar portas com luvas ou com sujidades nas mãos.
8. Não atender ao telefone com luvas
9. Não ficar com a mesma luva por período prolongado sem trocá-la sem lavagem das mãos.

Via de transmissão

1. As mãos constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos usuários da saúde
2. A pele reserva diversos micro-organismos, como: Bactérias gram negativas -> gastroenterites agudas Bactérias gram positivas-> infecções na pele.

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

Produtos

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

Hábitos de higiene pessoal - Higienizar as MÃOS

- | | | |
|----|---------------|-----------------------------|
| 1. | Antes e após: | • Utilizar o sanitário |
| 2. | Após: | • Coçar ou assoar o nariz |
| | | • Pentear os cabelos |
| | | • Cobrir a boca ao espirrar |
| | | • Manusear dinheiro |

Transmissão de microrganismos

Microbiota Transitória



adaptado projeto "mãos limpas são mãos mais seguras"
CVE / DIN gov. Estado de São Paulo, 2011



1. Antes de contato com o usuário

- QUANDO?

Higienize as mãos antes de entrar em contato com o usuário.

- POR QUE?

Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.

2. Antes da realização de qualquer procedimento

- QUANDO?

Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento (dos mais simples aos mais complexos).

- POR QUE?

Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos das mãos do profissional para o usuário, incluindo os micro-organismos do próprio usuário.

3. Após realização de qualquer procedimento ou exposição a fluidos corporais

- QUANDO?

Higienize as mãos imediatamente após realização de qualquer procedimento, ou risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas).

- POR QUE?

Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do usuário a outros profissionais ou usuários.

4. Após contato com o usuário

- QUANDO?

Higienize as mãos após contato com o usuário, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao usuário.

- POR QUE?

Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do próprio usuário.

Ex: Aperto de mãos; após manipular documentos apresentados pelo usuário/documentos internos da unidade (prontuário/ fichas de arquivo).

5. Após contato com mobília utilizada para tratamento, pertences e documentos referentes ao usuário

- **QUANDO?**

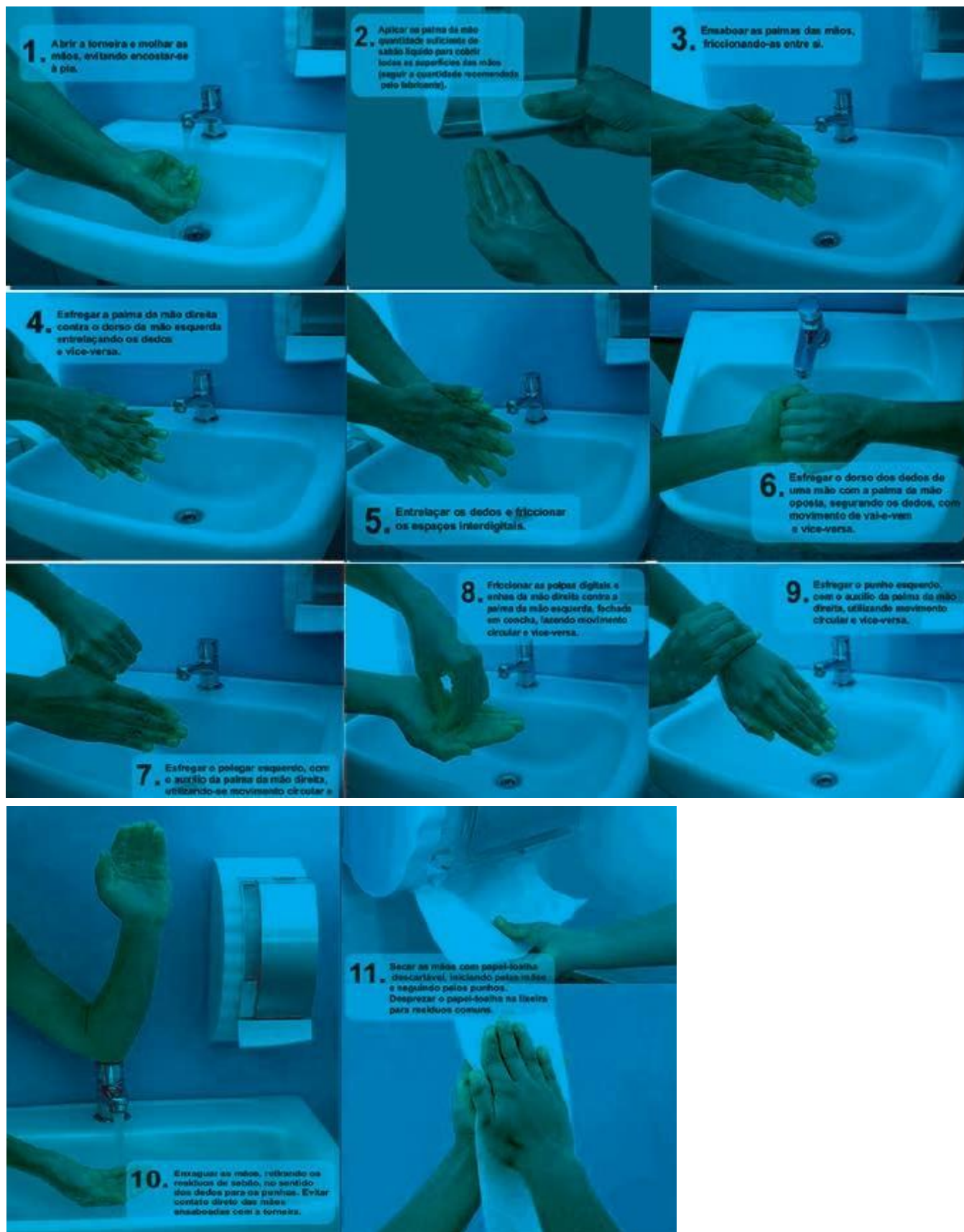
Higienize as mãos após tocar qualquer objeto ou outro pertence, documento do usuário ou referente ao usuário que fique arquivado na unidade, ou tocar nas cadeiras, macas de tratamento dos usuários.

- **POR QUE ?**

Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies de cadeiras, macas, poltronas de tratamento, pertencentes do usuário, documentos referente ao usuário, trazidos por ele ou arquivados na unidade, evitando a transmissão de micro-organismos que estejam eventualmente nos mesmos.

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

PASSOS





http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/conteudo/c_tecnicas.htm

PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE M. S.; ANVISA; FIOCRUZ, 2013

IMPORTANTE

No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.

O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.

TÉCNICA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÕES ALCOÓLICAS

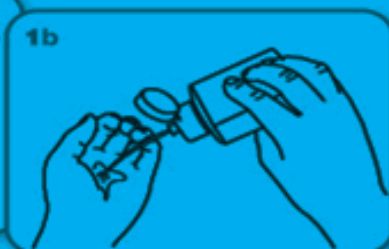
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a



1b



2

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.



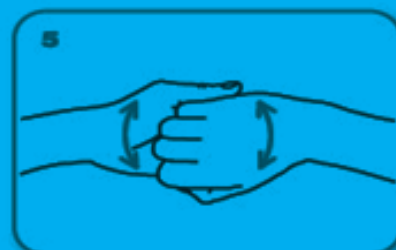
3

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



4

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



5

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



6

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



7

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



8

Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

- Soluções à base de álcool, com ou sem emoliente, em formulação líquida ou gel podem ser usadas, porém cabe ressaltar que são ineficientes quando as mãos estão sujas (RDC 42, de 25/10/2010).

Obs.: Preparação alcoólica para higienização das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70%.

- Deve ser realizado apenas quando não houver sujidade visível nas mãos
- A higienização das mãos com soluções alcoólicas pode ser realizada de 05 a 10 vezes -> após realizar a higienização com água e sabão. (ver orientação do fabricante)

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

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

ATENÇÃO!

OS PROFISSIONAIS COM LESÕES CUTÂNEAS SECRETANTES OU EXSUDATIVAS, DEVEM EVITAR CONTATO COM O USUÁRIO.

HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA CIRÚRGICA OU PREPARO OPERATÓRIO

Também denominada como escovação das mãos

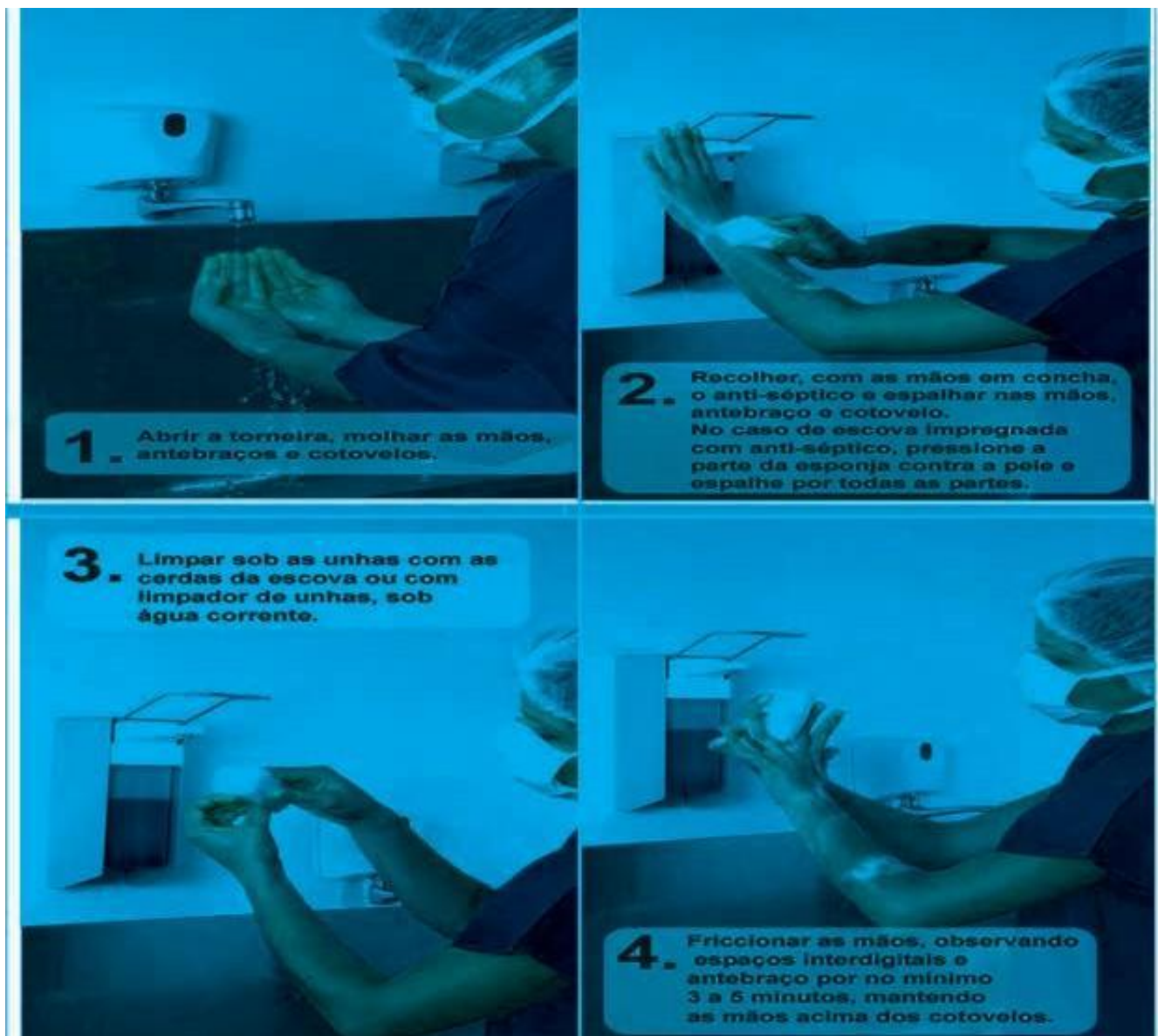
- mediante o procedimento a ser realizado a equipe (médicos/enfermeiros) irá decidir pela utilização desta técnica

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

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

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

Responsável: Enfermeiro



Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

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

INDICAÇÕES DO CATETERISMO VESICAL:

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

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

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Responsável: Enfermeiro

1. Realização do procedimento de enfermagem.

Execução: Enfermeiro e Médico

Materiais:

1. Luvas para procedimentos e luvas estéreis, óculos de proteção e máscara

2. Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo cuba rim, cuba redonda, bolas de algodão ou gaze, pinça Cherron ou Pean, campo fenestrado
3. Cateter vesical 2 vias (Polivinil ou demora dependendo do caso)
4. Bolsa coletora sistema fechado
5. 2 Seringas de 20 ml: 1 para lubrificação e 1 para o balão
6. Agulha 40x12mm para aspirar
7. Frasco de solução antisséptica e soro fisiológico
8. Água destilada
9. Geléia lubrificante ou geléia anestésica
10. Filme transparente ou micropore
11. Saco plástico para lixo (branco)
12. Lençol descartável
13. Biombo, se necessário.
14. Material para higiene íntima (toalha ou chumaço de gaze, luvas para procedimentos, sabão líquido neutro, jarro com água morna e fralda/comadre se houver)
15. Ao avaliar a necessidade do uso de geleia anestésica, a mesma poderá ser prescrita pelo enfermeiro.

Descrição do procedimento FEMININO - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

1. Higienizar as mãos
2. Explicar o procedimento e sua finalidade à usuária
3. Encaminhar a usuária para higiene íntima -> caso seja possível a mesma realizá-la
4. Promover um ambiente iluminado
5. Preservar a privacidade do usuário e se necessário usar biombo
6. No domicílio: Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário
7. Colocar o usuário em posição ginecológica, protegendo-a com lençol
8. Colocar máscara, óculos e calçar as luvas para procedimento
9. Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto padronizado para higiene, caso não tenha sido realizada previamente
10. Retirar as luvas para procedimento
11. Abrir com técnica asséptica, o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea
12. Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim

13. Colocar antisséptico na cuba redonda
14. Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo
15. Abrir a Ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa da cabeceira
16. colocar a geléia lubrificante ou geléia anestésica
17. Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica.
18. Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo
19. Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante
20. Conectar a extensão do coletor à sonda
21. Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geléia lubrificante ou geleia anestésica. Atentar para a não obstrução dos orifícios e aproximar a cuba rim
22. Afastar os grandes lábios com o polegar e o indicador da mão dominante, expondo o vestíbulo vaginal e o meato uretral, permanecendo nesta posição até o final da técnica e com a mão dominante fazer a antisepsia
23. Usando bolas de algodão/gaze embebido na solução antisséptica e a pinça Cherron ou Pean (sentido púbis/anus na sequência: grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo). Usar uma bola de algodão/gaze para cada região e desprezá-la
24. Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima
25. Afastar com a mão dominante a cuba redonda e a pinça
26. Continuar a manter exposto o vestíbulo e, com mão não dominante. Introduzir o cateter, com a mão dominante, mais ou menos de 4 cm a 5 cm. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada (refluxo)
27. Insuflar o balão e tracionar a sonda até encontrar a resistência
28. Fixar o cateter na face externa da coxa
29. Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies
30. Retirar as luvas e recolher o material
31. Higienizar as mãos
32. Fazer o registro no prontuário do usuário e no mapa de produção
33. Deixar o ambiente e o material em ordem.
34. Deixar o ambiente limpo e o material em ordem
35. Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies

Importante:

1. No cateterismo de alívio

1.1 Retirar o cateter (terminada a drenagem) e anotar o volume urinário. Colher amostra da urina, se necessário

2. No cateterismo de demora

2.1 Insuflar o balão com água destilada e puxar o cateter até sentir a ancoragem do mesmo, no trigono vesical Conectar o cateter na extensão do sistema coletor e retirar as luvas. Fixar o cateter com uma tira

de micropore para de onde estiver está a bolsa coletora (deixar uma folga para a movimentação a fim de evitar tensão no cateter)

REMOÇÃO OU RETIRADA - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Materiais:

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

Técnica para retirada

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

8.1.2 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE COM CATETER HIDRÓFILO

Prescrição: Médica

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

Materiais:

1. Luvas para procedimentos
2. Cateter HIDROFÍLICO (calibre: menor possível de acordo com a idade e constituição física): um

cateter por procedimento – QUATRO POR DIA (poderá ser maior em alguns casos de acordo a prescrição médica)

1. Toalha limpa branca
2. Pacote de gaze
3. Recipiente Limpo
4. Sabão Líquido Neutron
5. Jarro/Garrafa com água morna (água corrente)
6. Fralda/Comadre/Vaso Sanitário
7. Frasco para coletar a urina
8. Recipiente para drenagem da urina
9. Lixo com saco para lixo

Descrição do Procedimento:

1. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento
2. Higienizar as mãos
3. Colocar todo o material que você vai utilizar ao alcance das mãos e o lixo próximo ao usuário
4. Calçar luvas de procedimento
5. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento

Homens: Decúbito dorsal, em pé ou sentado

Mulheres: Decúbito dorsal com membros inferiores fletidos, em pé ou sentado e preferencialmente com um espelho

6. Realizar higiene íntima com sabonete neutro e água (usar a gaze para ajudar na retirada do sabão)
7. Retirar as luvas de procedimento
8. Abrir todos os materiais sobre a toalha limpa utilizando técnica asséptica
9. Calçar luvas de procedimento
10. Introduzir o cateter na uretra
11. Aguardar o retorno da urina no recipiente ou frasco
12. remover lentamente o cateter
13. Desprezar o resíduo em local apropriado (Fralda/Comadre/Vaso sanitário)
14. Retirar as luvas e recolher o material e desprezar o utilizado no lixo
15. Reposicionar o usuário e ou deixá-lo em posição confortável
16. Deixar o ambiente e o material em ordem
17. Registrar no prontuário do usuário e no mapa de produção

OBSERVAÇÕES

O volume de urina drenado a cada cateterismo não deve ser superior a 400 ml. A frequência do cateterismo pode variar dependendo da ingestão líquida, capacidade vesical e os parâmetros urodinâmicos.

Devemos treinar o paciente ou seu cuidador a realizar a técnica de forma segura.

8.1.1 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

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

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

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

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Usuário ou Cuidador

Materiais:

1. Orientar e monitorar a realização correta do procedimento pelo usuário e/ou cuidador.
2. Cateter uretral plástico (sonda) conforme prescrição médica ou com calibre de acordo com a idade:
 - Crianças: nº 6, 8 ou 10
 - Adultos: nº 12 ou 14
3. Geléia Anestésica
4. Frasco Coletor de urina
5. Frasco com graduações para medir a urina
6. Espelho (caso seja mulher)

Descrição do procedimento feito pelo próprio usuário

1. Preparar o material (o cateter, a geleia anestésica e o recipiente para coletar a urina) em um lugar bem iluminado e limpo.
2. Lavar mãos e genitais com sabão neutro
3. Escolher um local confortável
 - Homens: deitado, recostado no leito, sentado ou em pé.
 - Mulheres: Recostada no leito: dobrar as pernas e acomodar o espelho para visualização do meato urinário,

OU

- Sentada ou em pé: apoiando um pé sobre um degrau (cama, escada, vaso sanitário...), acomodar o espelho para visualizar o meato urinário.

Obs.: No caso do procedimento ser realizado pelo cuidador, a posição mais confortável é a deitada.

Lubrificar o cateter

- Mulheres: Aplicar uma pequena quantidade de geleia anestésica sobre o cateter e introduzi-lo no meato urinário até o momento em que a urina começa a drenar.
- Homens: Devem lubrificar o cateter com a geleia anestésica, segurar o pênis na posição reta e, em seguida, introduzi-lo.

4. Quando parar de sair urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem para, então, retirá-lo totalmente.

5. Ao finalizar o procedimento, medir o volume de urina drenado e anotar em ficha controle. Esse controle permitirá que o usuário programe o número de cateterismos necessário durante o dia.

OBS.: Para saber qual é a quantidade de cateterismo vesical que deve ser realizado por dia, é necessário medir a quantidade de urina que ficou na bexiga, após a micção espontânea ou tentativa de micção.

Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes:

- até 100 ml: nenhum cateterismo
- de 100 a 200 ml: 2 cateterismos ao dia
- de 200 a 300 ml: 3 cateterismos ao dia
- de 300 a 400 ml: 4 cateterismos ao dia
- acima de 400ml: 6 cateterismos ao dia

Fonte: Manual de Cateterismo Vesical Intermitente – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2010.

Importante:No cateterismo Intermitente

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

CUIDADOS NO USO DAS SONDAS

1. Verificar o posicionamento da sonda
2. Administrar a dieta em temperatura ambiente
3. Acompanhar a administração da dieta, a fim de garantir a continuidade do gotejamento

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

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

COMPLICAÇÕES

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

RETIRADA / TROCA DA SONDA

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

OBSERVAÇÃO:

- Caso o RX NÃO confirme o posicionamento da SNE, mantenha DLD por 24h e repita o exame.
- MONITORAR durante 8h observando sinais de disfunção gastrointestinal como náuseas, vômitos, distensão abdominal e intolerância alimentar.

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

Descrição do PICC

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

São constituídos de poliuretano ou silicone.

Indicações

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

Tempo de permanência

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

Responsável: Enfermeiro

Execução: Enfermeiro

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

Materiais: Troca de curativo

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

Descrição

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

Manuseio do Cateter

Materiais

1. Clorexidina degermante
2. Luva para procedimento

3. Álcool 70%
4. Gaze estéril
6. Soro fisiológico 0,9%
7. Seringa 10 ml
8. Oclisor (“tampinha”)

Descrição

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

Observações gerais no manuseio do cateter

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

11. CUIDADOS COM ESTOMIZADOS

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

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

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

11.1. INTESTINAIS

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

Podem ser:

Temporárias, realizadas para proteger uma anastomose, tendo em vista o seu fechamento num curto espaço de tempo.

Definitivas, realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer.

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

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

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

CUIDADOS COM ILEOSTOMIAS E COLOSTOMIAS:

Responsável: Enfermeiro

1. Avaliação do estoma
2. Avaliação dos produtos do estoma

3. Avaliação das complicações e intercorrências.

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

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

PROCEDIMENTO PARA QUEM PODE DEAMBULAR OU CADEIRANTE

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

PROCEDIMENTO PARA ACAMADO

1. Higienizar as mãos
2. Preparar o material
3. Orientar o usuário sobre o procedimento
4. Forrar a cama com um protetor plástico e uma toalha
5. Remover a bolsa delicadamente com auxílio de um pano ou gaze úmida
6. Proteger a estomia (papel higiênico e outro de acordo com a característica das fezes) e desprezar o conteúdo da bolsa no vaso sanitário
7. Limpar a pele ao redor da estomia e secá-la bem
8. Utilize o medidor de estomas para saber o tamanho exato do estoma
9. Desenhar o molde do estoma no verso da placa: não deixar a abertura da placa muito maior que o estoma, o ideal é mantê-la de dois a três milímetros de pele descoberta ao redor do estoma
10. Recortar a placa

11. Retirar o papel do verso da placa
12. Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
13. Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte inferior da placa
14. Retirar o ar de dentro da bolsa
15. Dobrar a abertura inferior da bolsa ao redor da pinça (clamp) fechando a mesma
16. O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário (1/3 do espaço ocupado)
17. Registrar o procedimento; (instrumento de produção e prontuário do usuário).

PROCEDIMENTO PARA REUTILIZAÇÃO DA BOLSA

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

Considerações gerais:

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

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

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

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

11.1 URINÁRIAS

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

São realizadas por diversos métodos cirúrgicos, com objetivo de preservar a função renal. Existem outros tipos de desvios urinários, como por exemplo: as ureterostomias e às vesicostomias. Muitos cirurgiões, hoje em dia, realizam cirurgias que resultam em desvio urinário contínuo.

As urostomias podem ser TEMPORÁRIA ou DEFINITIVA.

- TEMPORÁRIA nos casos de megauretra e refluxo vesículo-uretral.
- Definitiva nos casos de câncer de bexiga, incontinência (atrofia da bexiga, atrofia vesical, carcinoma uretral e cistite intersticial).

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

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

CUIDADOS COM UROSTOMIAS

1. Avaliação do estoma

Responsável: Enfermeiro

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

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1. Bolsas Coletoras - Antiodor, transparente ou opaco, macio, atóxico e hipoalergênico, tamanho e tipo de acordo com o estoma.
2. Placa adesiva de uma e de duas peças
3. Acessórios – necessários para segurança e higiene (cinto, barreiras protetoras – pasta, pó, anéis)
4. Protetor plástico
5. Água
6. Sabão neutro
7. Gazes ou pano macio e limpo
8. Medidor de estoma
9. Tesoura de ponta arredondada

PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos
2. Preparar o material
3. Orientar o usuário sobre o procedimento
4. Forrar a cama com um protetor plástico e uma toalha
5. Remover a bolsa delicadamente (pode ser no momento do banho)
6. Desprezar o conteúdo no vaso sanitário, caso não tenha sido realizado previamente.
7. Limpar a pele ao redor do estoma com água morna e sabão neutro (pode ser no momento do banho)
8. Secar bem a pele ao redor do estoma
9. Utilizar o medidor de estomas para saber o tamanho exato do estoma
10. Desenhar o molde do estoma no verso da placa: não deixar a abertura da placa muito maior que o estoma, o ideal é manter de dois a três milímetros de pele descoberta ao redor do estoma.
11. Recortar a placa
12. Retirar o papel do verso da placa
13. Colocar a placa sobre a pele e após realizar repetidos movimentos circulares para facilitar a fixação da placa
14. Fixar a bolsa iniciando pela aplicação da parte inferior do aro da bolsa (nova ou limpa) em contato com a parte inferior da placa
15. Retirar o ar de dentro da bolsa
16. Certificar-se que a torneira/ válvula para drenagem esteja fechada
17. O esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que necessário ($\frac{1}{3}$ do espaço ocupado)
18. Registrar o procedimento (instrumento de produção e prontuário do usuário).

PROCEDIMENTO

1. Lavar a bolsa com água morna e detergente ou sabão neutro abundantemente para reutilização da bolsa
2. Secar bem a bolsa ou deixá-la secando à sombra de um dia pro outro
3. Recolocar a bolsa (normalmente, sua durabilidade é de até cinco aplicações)
4. Registrar o procedimento no instrumento de produção e prontuário do usuário.

Considerações gerais:

- Presença de hematúria, piúria
- Durante a troca da bolsa devem-se observar as seguintes alterações:
- Dermatite Peri estoma
- Urina turva e escura
- Urina com cheiro forte
- Dor nas costas (na área dos rins)

- Febre
- Perda de apetite
- Náusea, Vômito
- Hérnia

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

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

11.3 DIGESTIVAS

Estomas digestivos é a abertura abdominal para a criação de um trajeto de comunicação do estômago com o meio externo. Tem indicação para pessoas que necessitam de uma via de alimentação, devido à incapacidade em manter uma ingestão oral suficiente, ou uso prolongado de tubos que levam a complicações como pneumopatia por aspiração.

Também podem ser TEMPORÁRIA ou DEFINITIVA.

- **TEMPORÁRIA** nos casos de estenose cáustica, câncer de esôfago ou megacólon, até que a via natural seja restabelecida.

- **Definitiva** como medida paliativa em pacientes com Neoplasia Maligna Obstrutiva e Irressecável do esôfago, nas quais não existem condições de intubação transtumoral, seja por via endoscópica ou através de cirurgia.

CUIDADOS COM GASTROSTOMIAS E JEJUNOSTOMIAS:

Responsável: Enfermeiro

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

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1. Água morna
2. Sabão Neutro
3. Gazes ou pano macio e limpo
4. Luvas para procedimento
5. Protetores cutâneos
6. Curativos para dermatites e ou granulomas
7. Seringa de 20 ml e 50ml.
8. Certificar-se que o cateter esteja bem inserido e na marca correta
9. Registrar o procedimento no instrumento de produção e prontuário do usuário.

PROCEDIMENTO

para a manutenção do cateter

1. Higienizar as mãos
2. Preparar o material
3. Orientar o usuário sobre o procedimento
4. Lavar o cateter internamente com 50 ml de água filtrada morna utilizando a seringa de 50ml em único jato
5. Limpar a área externa do cateter com água e sabão neutro podendo fazê-lo durante o banho.
6. Certificar-se de que o cateter está bem localizado (aspirar conteúdo gástrico)
7. Verificar o balão, quando houver, se está adequadamente fixo e isufilmado
8. Fazer uma rotação 360º semanalmente do cateter
9. Registrar o procedimento (instrumento de produção e prontuário do usuário)

Considerações gerais:**No cuidado com o estoma deve-se observar as seguintes alterações:**

- Dermatite Peri-estoma
- Granuloma
- Sangramento
- Peritonite
- Aspiração
- Fístula
- Deslocamento, vazamento, dor
- Febre
- Perda de peso
- Edemas de face e MMII

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

ATENÇÃO: os cateteres costumam ter 3 vias:

- a. Central para administrar nutrientes,
- b. Lateral para administrar medicamentos,
- c. Colorida ou sem tampa, que é para controlar o balão.

Com relação à administração da dieta sempre manter o decúbito elevado durante a infusão.

Se o cateter sair, imediatamente (no máximo 2 horas) deve ser colocada uma sonda (pode ser a do tipo Folley) no local até reinserção de outro cateter ideal para não perder o pertuito. Caso contrário, deverá ser encaminhado a um local para nova inserção.

Em relação ao tempo de uso/permanência do cateter-> atentar ao seu estado geral, pois pode ser trocado antes do tempo estimado, ou de acordo com a prescrição médica.

• De acordo com o tipo de cateter, se de longa permanência tem uma duração de 1 ano, se de curta permanência, 6 meses.

Evitar uso de adesivos na pele para fixar o cateter.

A enfermagem cuida e orienta o paciente até que o mesmo possa cuidar sozinho ou um cuidador o possa.

Os cuidados devem ser direcionados quanto à troca da bolsa coletora, cuidados com a pele e atenção social e psicológica.

11.4 RESPIRATÓRIAS

Estoma respiratório é o procedimento cirúrgico realizado para criar uma comunicação da luz traqueal com o exterior, com o objetivo de melhorar o fluxo respiratório. São indicações obstrução das vias aéreas, laringotraqueomalácia intensa, as fendas traqueoesofágicas, a intubação oro/nasotraqueal prolongada e o trauma facial grave.

Responsável: Enfermeiro

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

Execução:**Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem****Materiais**

1. Água morna
2. Sabão neutro
3. Gazes ou pano macio e limpo
4. Luvas para procedimento
5. Protetores cutâneos
6. Curativos para dermatites e ou granulomas*

PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos
2. Preparar o material
3. Orientar o usuário sobre o procedimento
4. Limpar a pele ao redor do estoma podendo fazê-lo durante o banho (proteger a abertura)
5. Secar bem a pele ao redor
6. Aplicar curativos se for o caso
7. Aplicar protetores cutâneos
8. Realizar a troca do cadarço se necessário, mantendo-o seguro e limpo
9. Registrar o procedimento (instrumento de produção e prontuário do usuário)

Considerações gerais:

Durante o cuidado com o estoma deve-se observar as seguintes alterações:

- Dermatite Peri estoma
- Granuloma
- Sangramento
- Ulcerações
- Estenose
- Perfuração da traqueia

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

Curativos para dermatites e/ou granulomas *

- Os curativos devem seguir os cuidados do protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas crônicas e Pé Diabético.
- Indica-se para proteção e prevenção de dermatites e granulomas, o hidropolímero sem adesivo, ou um absorvente quando houver drenagem de exsudato.

Em relação ao tempo de uso/permanência da cânula atentar ao seu estado geral e trocá-lo de acordo com a prescrição médica.

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

11.5. CUIDADOS DOMICILIARES

São cuidados constantes no domicílio de responsabilidade dos cuidadores ou pacientes/usuários:

1. Identificar as características normais do estoma e pele ao redor
2. Manusear e trocar os dispositivos dos sistemas coletores
3. Higienizar local do estoma e pele ao redor
4. Posicionar o paciente adequadamente durante sua alimentação
5. Sempre testar a temperatura da dieta antes de infundir
6. Atentar para que o alimento seja injetado/gotejado lentamente
7. Comunicar imediatamente a equipe se o equipamento sair e se houver anormalidades no local
8. Higienizar a boca mesmo quando se alimenta pelos cateteres, e nos diferentes horários.

A equipe de SAÚDE deve NO DOMICÍLIO:

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

12. ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

É uma técnica para a remoção de secreções respiratórias e manutenção da ventilação e oxigenação

em usuários submetidos ou não à ventilação mecânica, apresentando dificuldade para expelir secreções voluntariamente.

Este procedimento envolve a inserção de um cateter de sucção dentro da traqueia e a aplicação de uma pressão negativa para remoção de secreções.

Responsável: Enfermeiro

1. Realizar educação em serviço periodicamente ou, quando necessário.
2. Delegar ao auxiliar ou técnico de enfermagem a realização da aspiração endotraqueal através de cânula traqueal, em usuários sob ventilação mecânica ou não, considerados estáveis.
3. Prescrição da utilização de Soro Fisiológico a 0,9% para umidificar a via e fluidificar a secreção é privativo do enfermeiro

Execução do procedimento: Materiais:

1. Cateter de Aspiração de diâmetro adequado ou conforme a prescrição médica
2. Luva estéril ou uma luva estéril e uma de procedimento
3. Aspirador Portátil
4. EPI (Gorro, máscara, avental descartável e óculos de proteção)
5. Borracha de aspiração conectora (1,80 m)
6. Adaptador Y pequeno (se o cateter não tiver válvula de controle de aspiração)
7. Compressas de gazes (para limpar o cateter se necessário)
8. Cuba Rim ou Redonda
9. Solução Fisiológica 0,9% ou água destilada estéril
10. Seringa descartável de 5ml
11. Oxímetro de pulso
12. Estetoscópio
13. Cadarço (se necessário)
14. Álcool 70%
15. Frasco rígido de 250 ml com SF 0,9% ou água destilada

Descrição

1. Preparar o material antes de sair para a visita domiciliar
2. No domicílio higienizar o local onde será preparado o material com álcool a 70%
3. Orientar o usuário e/ou cuidador sobre o procedimento
4. Garantir a privacidade do usuário
5. Posicionar o usuário de acordo com a orientação da enfermeira após a ausculta pulmonar
6. Higienizar as mãos
7. Monitorar a oximetria de pulso
8. Posicionar-se ao lado do leito de forma que a mão não dominante fique mais próxima à fonte de vácuo;
9. Colocar EPI's (Gorro, óculos, máscara e avental descartável)
10. Abrir o invólucro sem retirar o cateter totalmente (preservando a sua esterilidade) e conectá-lo à extensão ligada ao frasco coletor
11. Encher a cuba Rim ou redonda com SF 0,9%
12. Regular o vácuo do aspirador antes de iniciar o procedimento
13. Hiperoxigenar o usuário antes do procedimento e reoxigenar antes de cada nova aspiração, de acordo com a orientação da enfermeira e se houver indicação médica
14. Calçar luvas de procedimento na mão não dominante e a luva estéril na mão dominante. Considerar contaminada a mão não dominante. O papel da luva estéril deve ser colocado sobre o peito do usuário para deixar a sonda e a conexão Y do circuito protegida.
15. Segurar o cateter com a mão dominante e o latex com a mão Não dominante.
16. Ligar o aspirador
17. Fechar o cateter de aspiração com o polegar da mão dominante
18. Introduzir o cateter de aspiração na cânula cerca de 5 cm (endotraqueal), ou até encontrar resistência (possivelmente a carina traqueal)
19. Fechar a conexão Y com o polegar da mão dominante
20. Aspire recuando o cateter com movimento rotatório
21. Aspirar por no máximo 10 segundos e deixar o usuário descansar por 20 a 30 segundos antes de reiniciar nova aspiração. Hiperventilar e / ou se estiver com ventilação mecânica aumentar o Fio² conforme orientação da enfermeira.

22. Repetir o procedimento de aspiração quantas vezes necessário
23. Se necessário, enxaguar o cateter no SF 0,9% ou água destilada em frasco rígido
24. Aspirar a cavidade nasofaríngea após o término da aspiração traqueal
25. Aspirar a cavidade orofaríngea após o término da aspiração orofaríngea
26. Reavaliar a ausculta pulmonar, se o procedimento estiver sendo realizado pelo enfermeiro
27. Lavar o cateter e a extensão de látex do frasco de aspiração
28. Retirar a luva estéril envolvendo o cateter de aspiração antes de desprezá-lo
29. Fechar o vácuo e retirar a luva de procedimento
30. Calçar nova luva de procedimento se necessário trocar o cadarço de fixação da cânula, tomando cuidado para não garrotear o pescoço
31. Retirar as luvas e reposicionar o usuário confortavelmente
32. Higienizar as mãos
33. Realizar anotação em prontuário (cor, odor, aspecto, quantidade da secreção).
34. Encaminhar o material contaminado conforme orientação do Manual de biossegurança

IMPORTANTE - SEQUÊNCIA PARA ASPIRAÇÃO:

- 1º. Aspiração endotraqueal
- 2º. Aspiração nasofaríngea
- 3º. Aspiração orofaríngea

Sempre limpar a sonda com compressa de gazes estéril da parte proximal para distal sem contaminar

TERAPIA Nutricional

SEMPRE antes de iniciar a aspiração:

- Interromper a dieta no mínimo 15 minutos antes
- Lavar a sonda enteral

PRESENÇA DE SECREÇÃO ESPESSA, TAMPÃO E ROLHA (privativo do enfermeiro ou fisioterapeuta)

Instilar SF 0,9% e hiperventilar com ambú, provocando tosse, aspirar imediatamente e a cada vez hiperventilar.

APÊNDICES

APÊNDICE 1.

CÂMARAS ESPECÍFICAS PARA CONSERVAÇÃO DE VACINA

São equipamentos fabricados exclusivamente para o armazenamento de imunobiológicos, contam com programação de funcionamento dentro do padrão exigido pelo Programa Nacional de Imunização e uniformidade de distribuição da temperatura interna por ar forçado. Possuem também contra porta interna transparente para cada prateleira e alarme audiovisual para alertar a ocorrência de falta de energia elétrica ou alteração de temperatura. O painel eletrônico dispõe de programação para limitar a temperatura de trabalho, com “travas” para o sistema, e visor para leitura de temperatura máxima e mínima. Dar preferência aos modelos com isolamento térmico na porta (anexo 1).

É importante que os funcionários da Sala de Vacina conheçam todos os recursos do equipamento, leiam atentamente o manual de instrução e solicitem ao fabricante um treinamento para o uso correto do mesmo (o treinamento é solicitado no edital de compra destes equipamentos).

Cuidados gerais com o equipamento de refrigeração:

- Colocar o equipamento em ambiente climatizado, distante de fonte de calor e fora do alcance dos raios solares;
- Deixar o refrigerador perfeitamente nivelado sobre suporte com rodinhas para evitar corrosão da chapa em contato com o piso úmido e facilitar a movimentação e limpeza;
- Afastar o refrigerador da parede pelo menos 20 cm, de modo a permitir a livre circulação do ar do condensador;
- Usar tomada exclusiva instalada a 1,30m distante do piso (NBR 5410);
- Usar o equipamento somente para armazenar imunobiológicos;
- Colocar na frente das prateleiras os produtos com prazo de validade mais próximo do vencimento para que sejam os primeiros a serem utilizados;
- Registrar na ficha de controle diário de temperatura (anexo 2) as temperaturas de momento, máxima e mínima, do painel, no início, no meio e final da jornada de trabalho. Na última leitura do dia verificar também a temperatura ambiente da sala de vacina (ler o item “termômetro digital”), zerar o termômetro após cada leitura.

Cuidados específicos:

- Ajustar a temperatura de trabalho para +4°C, alarme de temperatura baixa em + 2°C e alarme de temperatura alta em 8°C e anotar no impresso de anotação das temperaturas para conhecimento de todos;
- Retirar no início do período do trabalho as vacinas que serão utilizadas no dia e transferi-las para a caixa térmica, específicas para uso diário;
- As vacinas nestes equipamentos também devem ser armazenadas de forma que permitam a livre circulação do ar;
- Manter um termômetro digital (anexo 4) com o sensor dentro de uma das caixas com vacina na parte central da segunda prateleira, esta recomendação tem a finalidade de obter informações das temperaturas em situação de emergência quando não se dispõem dessas informações pelo painel do equipamento (ler o item “termômetro digital”);
- Abrir novo mapa de controle de temperatura e anotar as temperaturas de momento, máxima e mínima do “termômetro digital”, a cada uma hora durante o dia, aproveitar este momento, para registrar também a temperatura ambiente da sala de vacina. Zerar os dois visores do termômetro após a leitura;
- Manter sempre as bobinas de gelo reutilizáveis, que acompanham o equipamento, nas paredes laterais interna do equipamento;
- Removê-las apenas para limpeza;
- Limpar a bandeja de gotejamento do degelo uma vez por semana ou sempre que necessário (atentar para perfeita colocação da mesma para evitar vazamento no interior do equipamento);
- Limpar todo o equipamento no mínimo a cada 15 dias (nunca na sexta-feira ou véspera de feriado ou final da jornada de trabalho); nesta ocasião os imunobiológicos deverão ser transferidos para outro refrigerador ou para uma caixa térmica com gelos reutilizáveis, mantendo a temperatura entre +2°C e +8°C.
- Reajustar o painel eletrônico quando ligar o equipamento e colocar as vacinas após estabilidade da

temperatura interna.

- Observação: A câmara para conservação de vacinas é um equipamento de alto custo, investimento que merece certos cuidados.

Especiais para garantir o melhor desempenho possível do aparelho. Sugere-se que seja avaliada a rede elétrica das salas de vacinas e, se necessário, seja adquirido estabilizador de tensão nas localidades onde costumam ocorrer oscilações de energia ou retorno abrupto após as interrupções de energia.

- O estabilizador deve ter dispositivo de desarme e rearme automático e potência adequada a este aparelho.

- Quanto melhor as condições para o funcionamento do equipamento, mais longo será o período de vida do aparelho. Climatizar a sala é importante, pois além de proteger o painel eletrônico, melhora o desempenho do equipamento e protege as vacinas de oscilações bruscas durante a manipulação.

ANEXO 1

ORDEM DE SERVIÇO FSPSS Nº 0002/2018

CARLOS EDUARDO ANTUNES CRAVEIRO, Diretor Presidente da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, usando de atribuições legais que lhe são conferidas, diante da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a necessidade de implementação do Processo de Enfermagem de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e,

Considerando que a atuação desta Fundação se dá no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a disposição da Lei nº 8.080/90 no Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Considerando a necessidade de realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, nos domicílios e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

Considerando a necessidade de realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

Considerando que o Art. 11, inciso I, alínea "i" da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta a Consulta de Enfermagem e determina como sendo esta uma atividade privativa do enfermeiro; utilizando componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

DETERMINA a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro, conforme normatização constante nesta Ordem de Serviço.

Da Sistematização de Assistência de Enfermagem

Artigo 1º. Fica implantado nas unidades básicas de saúde e, especialidades e em outras em que houver atendimento pelo profissional enfermeiro, o modelo da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Artigo 2º. O processo da SAE obedecerá aos requisitos estabelecidos no anexo I, devendo ser obrigatoriamente desenvolvida em todas as consultas de enfermagem.

§1º. O manejo da SAE de que trata esta ordem de serviço é uma atividade privativa do profissional enfermeiro, com inscrição no COREN.

Artigo 3º. A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

- I Histórico de enfermagem;
- II Exame Físico;
- III Diagnóstico de Enfermagem;
- IV Prescrição da Assistência de Enfermagem;
- V Evolução da Assistência de Enfermagem.

Artigo 4º. O não atendimento desta ordem de serviço constitui infração funcional, constante no Regimento Interno e na resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN do art. 358/2009.

Artigo 5º. Esta ordem de serviço entrará em vigor na data de sua publicação.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Sexo: _____ DN: _____ / _____ / _____ idade _____ raça:

Est.civil _____ Profissão _____

Naturalidade: _____ nº filhos _____ CNS:

Escolaridade: _____ Telefones: _____

2 INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO:

Doenças crônicas:

Tratamentos anteriores:

Antecedentes familiares e Fatores de risco: tabagismo, etilismo, obesidade, perfil sanguíneo alterado, câncer, uso de medicações imunossupressoras, radioterapia, outras :

Medicamentos em uso:

3 HÁBITOS/ANAMNESE

Condições de moradia: área urbana, rural, casa, apartamento, com saneamento básico, sem saneamento básico.

Cuidado corporal: aseado, com roupas limpas, falta de asseio corporal, cabelos, unhas, higiene bucal.

Sono e repouso: não tem insônia, apresenta dificuldade em conciliar o sono, acorda várias vezes a noite, sonolência, dorme durante o dia, dorme _____ h. por noite.

Exercícios físicos programados: exercícios aeróbicos, musculação, natação, não faz exercícios programados. Faz exercícios _____ vezes por semana.

Recreação e lazer: viagem, cinema, tv, leitura, jogos esportivos.

Costuma comer com frequência: frutas, verduras: cruas, cozidas, carne: vermelha, frango, peixe, suco, água, café, chá, leite. Costuma fazer _____ refeições ao dia. _____

Eliminações urinárias: normal, noctúria, urgência miccional, incontinência urinária, diminuição do jato urinário, polaciúria.

Eliminações intestinais: normal, obstipação, diarreia. mudança de hábito intestinal: frequência:

Ciclo menstrual: menarca com _____ anos, sem alterações, menopausa, dismenorreia,

metrorragia, [] uso de anticoncepcional, qual: _____
[] amenorreia disfuncional

Atividade sexual: primeira atividade sexual com _____ anos, [] desempenho satisfatório, [] não satisfatório, uso de preservativo nas relações: [] sim / [] não, não tem relacionamento sexual

1 EXAMES FÍSICOS/ INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE ÓRGÃOS E SISTEMAS

Pressão Arterial _____ mmHg, HCG _____ mgdl, Pulso _____ bat./min.; F. C.
_____ bat./min.; Temperatura _____ °C, F. R.
_____ mov./min./ Peso _____ kg/

Altura _____ cm.; IMC: _____ Estado nutricional: [] normal, [] obeso, [] desnutrido, [] relato de perda ponderal _____.

Nível de consciência: [] auto/alo/crono orientado, [] confuso, [] desorientado, [] com falhas de memória, Glasgow: _____

Movimentação: [] deambula, [] deambula com déficit _____, [] movimentar-se com auxílio, [] acamado.

Peles e tecidos: [] sem alterações, [] anasarca, [] cianose _____, [] icterícia, [] hipocorado, [] reações alérgicas, [] lesões de pele, [] úlceras por pressão _____.

Crânio: [] sem anormalidades, [] incisões, [] cefaleia, [] lesões em couro cabeludo

Olhos: [] visão normal, [] diminuição da acuidade visual, [] presença de processo infeccioso/inflamatório, [] uso de lentes de contato ou óculos, [] exoftalmia, [] pupilas isocóricas fotorreativas. [] miose, [] RFM lentificado D [] e E [].

Ouvido: [] audição normal, [] acuidade diminuída, [] zumbido, [] presença de processo inflamatório/infeccioso, [] uso de prótese auditiva _____.

Nariz: [] sem anormalidades, [] coriza, [] alergias, [] desvio de septo, [] epistaxe

Boca: [] sem anormalidades, [] cáries, [] falhas dentárias, [] gengivites, [] próteses dentárias, [] outras lesões _____.

Pescoço: [] sem anormalidades, [] linfonodos aumentados, [] tireóides aumentadas, [] traqueostomia, [] estase venosa jugular, [] pulsação das artérias carótidas normal.

Tórax: [] sem alteração anatômica, [] expansão torácica normal, [] com alteração anatômica, [] diminuição da expansão torácica, [] presença de frêmitos.

Mamas: [] sem alterações, [] simetrias, [] presença de nódulos palpáveis, [] dor, [] secreção

Ausculta pulmonar: [] normal, [] murmúrios vesiculares diminuídos, [] roncos, [] estertores, [] sibilos, D [] E [] Oxigenação: [] ar ambiente, [] oxigenoterapia, [] traqueostomizado.

Coração: [] ritmo normal, [] taquicardia, [] bradicardia, [] galope, [] presença de sopros, [] arritmia _____.

Abdome: [] plano, [] globoso, [] distendido, [] incisão cirúrgica no abdome, [] indolor a palpação, [] doloroso a palpação, [] massa a palpação, [] ruídos hidroaéreos presentes, [] aumentados, [] _____

diminuídos.

Obs:

Geniturinário: [] sem alterações anatômicas, [] micção espontânea quantas vezes ao dia, [] presença de anomalias, [] SVD, [] SVD com débito, [] SVD sem débito, [] amarelo claro, [] concentrado, [] hematúrico, [] anúrico, [] irrigação vesical.

Membros superiores: [] sensibilidade e força motora preservadas, [] pulsos periféricos palpáveis, [] parestesia, [] plegia, [] edema [] amputações, [] gesso, [] tala gessada, [] dispositivo venoso, [] lesões

Membros inferiores: [] sensibilidade e força motora preservadas, [] pulsos periféricos palpáveis, [] parestesia, [] plegia, [] edema [] amputações, [] gesso, [] tala gessada, [] dispositivo venoso, [] lesões

1 PSICOSSOCIAL

Interação social: [] normal, [] não faz amizades com facilidade, [] prefere ficar sozinho, [] não se adapta com facilidade a lugares ou situações novas.

Resolução de problemas: [] toma decisões rapidamente, [] demora para tomar decisões, [] costuma pedir ajuda para familiares e amigos, [] não consegue tomar decisões.

Apoio espiritual: [] possui crença religiosa, procura apoio em sua fé nos momentos difíceis, [] anda meio descrente ultimamente, [] não possui crença religiosa.

Suporte financeiro: [] possui recursos para tratamento médico, [] possui convênio/ seguro saúde, [] conta com a ajuda de familiares, [] utiliza exclusivamente hospitais conveniados do SUS.

Conhecimento sobre o seu problema de saúde: [] orientado, [] pouco orientado, [] prefere não falar no assunto, [] prefere que os familiares sejam orientados.

Condições que o paciente apresenta para seu autocuidado: [] independente, [] precisa de ajuda para poucas atividades, [] precisa de ajuda para poucas atividades, [] precisa de ajuda para muitas atividades, [] e totalmente dependente

Mudança percebida no humor ou nos sentimentos após ter tomado conhecimento do seu problema de saúde: [] está otimista com o tratamento, [] refere estar desanimado, [] não aceitar o problema, [] nega o problema.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

PRESCRIÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Enfermeiro _____
_____ coren: _____ data ____/_____/_____
_____.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Milani Melo (Org.). O trabalho da enfermagem. São Paulo, Cortez, 1997.

APECIH – Associação Paulista de Estudos de Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. 1.ed. São Paulo: APECIH; 2010.

ARCHER E. et AL; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DA FAMÍLIA. Manual de planejamento familiar para médicos. Lisboa, 1988.

BELO HORIZONTE. Cuidado integral nos ciclos de vida. Belo Horizonte: Prefeitura BH, 2006. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidado integral nos ciclos de vida.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidado%20integral%20nos%20ciclos%20de%20vida.pdf)>. Acesso em: 13/09/2011

BLUMENFELD, T. A.; HERTELENDY, W. G.; FORD, S. H. Simultaneously obtained skin puncture serum, skin puncture plasma and venous serum compared and effects of warming the skin before puncture. Clinical Chemistry, v.23, n.9, p.1705-1710, 1977.

BOURGET, Monique M. M. Programa Saúde da Família: manual para o curso introdutório. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1988. 180 p.
BRASIL (DF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual técnico de rotinas de enfermagem para unidades básicas de saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00004654.pdf>>. Acesso em: 09/08/2011

BRASIL. Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do usuário em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/reblas/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 12/11/2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fluxograma de tratamento de ferida pela enfermagem. Comissão de curativos do Hospital Geral de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Terapia subcutânea no câncer avançado. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. 2.ed. Brasília, DF: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Rotinas da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso. [citado 2006 Feb 04] Disponível em URL: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1>. Asp

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações gerais para central de esterilização. Brasília, DF: MS, 2001. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.

Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz: 09/07/2013. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do

Paciente. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20HIGIENE%20DAS%20M%C3%83OS.pdf> [acesso em 15/08/2014].

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. 1ª. Edição. Brasília: Anvisa, 2009. 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/resources/4888.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Cadernos Recursos Humanos Saúde, v.1, n.1, p.141-183, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.:il. - (Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n. 2).

BRASIL. PORTARIA Nº 3214. NR 15, Norma Regulamentadora - Dispõe sobre Atividades e Operações Insalubres - Segurança no Trabalho. Diário Oficial da União, 08/06/78.

BRASIL. PORTARIA N.º 167, NR 32, Norma Regulamentadora – Dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimento de assistência à saúde. Diário Oficial da União, 31/05/2006.

BRASIL. PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Nº 204, 24/10/2011.

BRASIL. PORTARIA MS/GM Nº 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União nº 220, de 18 de novembro de 2009, seção 1, págs. 41 e 42.

BRASIL. RDC nº 50, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre regulamento técnico, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. ANVISA, 21/02/02.

BRASIL. RDC nº 306, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. ANVISA, 07/12/2004.

BRASIL. RDC nº 307, Resolução da Diretoria Colegiada - Dispõe sobre regulamento técnico, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. ANVISA, 14/11/02.

BRASIL. RDC nº 15, de 15 de Março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Disponível em: www.anvisa.gov.br >acesso 08/08/2014.

BRASIL. RDC nº 55, de 14 de novembro de 2012. Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Disponível em: www.anvisa.gov.br >acesso em 08/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em >http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24517 > Acesso em: 09/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Divisão de Comunicação Social. Cuidados com a sua estomia. INCA – Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf > acesso junho de 2014.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. The Lippincott manual of nursing practice. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 2v.

CARMAGNANI M.I.S. Procedimentos de Enfermagem - guia prático. 1.ed Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2009.

CECCIM, R.B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. Interface-Comunic, Saúde e Educ. v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. U.S. Department of Health and Human Services. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Atlanta: CDC, 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>. Acesso em: 12/03/2011

CESARETTI IUR, Paula MAB, Paula PR. Estomaterapia: temas básicos em estomas. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.

CERVO, A. M. S. Procedimentos Técnicos de Enfermagem. Editora ufsm, Rio Grande do Sul, 2006.

COREN. Lavagem Intestinal. Parecer Técnico CAT 032. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2010. COSTA, A. A. Manual de diabetes: Educação, alimentação, medicamentos, atividade física. 4ª edição. São

Paulo: SARVIER, 2004.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde: projetos relacionados com os processos de reforma setorial. Washington: OPS/OMS, 2002. (Série Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

DILLY, C. M. L. JESUS, M. C. P. Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe, 1995.

ENGSTROM E.M. (org.) SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. SISVAN, 2004.

ELLIS, Janice Rider; HARLEY, Célia Love. Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências. 1.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

FERNANDES, Luís Roberto Araújo. Sondagens. 2005. Disponível em:

http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2005/1ano/basicos_em_medicina/sondagens.html. Acesso em: 10/04/2013

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERRAZ, F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 263 p.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, William César (Coord.). Tratado prático de enfermagem. 2.ed. São Caetano do Sul, SP : Yendis, 2010. 2v.

FORTES, Margarete Rose Sampaio. Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública. 1. ed. São Paulo: Everest, 2002.

GLANER, Maria Fátima; LIMA, William Alves. Validade concorrente de um monitor portátil de glicemia capilar em relação ao método de espectrofotometria enzimática. Rev. Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v.8, n.3, p.30-35, 2006.

GROSSI, Sonia A. A.; PASCALI. Paula M. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

HADDAD, J. et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. Educacion Médica y Salud, v.24, n.2, p.136-204, abr./jun. 1990.

ICN - International Council of Nurses. Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. AMH: accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1992. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/1133>>. Acesso em: 10/01/2013.

JORGE, Silvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Pérez Evangelista. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.

LOBO, R. D. ET AL. Manual Prático de Procedimentos: Assistência Segura para o paciente e para o profissional de saúde. HCFMUSP, 1ª ed. São Paulo, 2009. <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/comissao/desin/m-pdf/m-procedimentoshc.pdf>. consultado em 07 de maio de 2014.

MERHY E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 113 – 150.

MEITES, S. Skin puncture and blood collecting technique for infants: update and problems. Clinical Chemistry, v.34, n.9, p.1890-1894, 1988.

MINICICCI ET AL, Revista de Nutrição. Campinas, 2005.

MIRA, Giane Sprada; CANDIDO, Lys Mary Bileski; YALE, Jean François. Performance de glicosímetro utilizado no automonitoramento glicêmico de portadores de diabetes mellitus tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo, v.50, n.3, p.541-549, 2006.

MORIYA G.A; SOUZA R.Q; PINTO F.M; GRAZIANO K.U. Periodic sterility assessment of materials stored for up to 6 months at continuous microbial contamination risk: laboratory study. Am J Infect Control. 2012 Dec;40(10):1013-5. doi: 10.1016/j.ajic.2012.01.020. Epub 2012 May 25.

NEVES, Claudia. A. B.; ROLLO. Adail. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto82.pdf>>. Acesso em: 14/10/2010.

OPS – Organização Panamericana de La Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Washington, D.C.: OPS, 2008.

OPS – Organização Panamericana de Saúde; OMS- Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PADOVESE, M. C.; DEL MONTE, M. C. C. (Coord.). Esterilização de artigos em unidades de saúde. 2. ed. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2003.

PEREIRA, Luciane Lúcio; CHANES, Marcelo; GALVÃO, Claudia Raffa. Gestão em saúde: tendências, inovações e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

PERU. Modulo de educacion permanente en salud. 2.ed, Lima: Ministério de Salud; Escuela Nacional de Salud Publica, 1993.

PERRY, A. G., POTTER, P. A. Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PERTELINI S, Chaud N. Órfão de terapia medicamentosa: administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol.11, jan. 2003.

PHILIPPI, S. T.; CRUZ, A. T. R.; COLUCCI, A. C. A. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. Revista de Nutrição, Campinas, v.16, n.1, p. 5 – 19, jan., 2003.

PRADO, M. L., GELBCKE, F.L. Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

REINER, C. B.; MEITES, S.; HAYES JR. Optimal sites and depths for specimens by skin puncture of infants and children as assessed from anatomical measurements. *Clinical Chemistry*, v.36, n.3, p.547-549, 1990.

RODRIGUES, M. Z. Educação continuada em enfermagem de saúde pública. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v.18, n.2, p.129-140, ago. 1984.

ROCHA, P. K.; Prado, M. L. do; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.61 no.1 Brasília Jan./Fev., 2008.

RUTALA, W. A. Disinfection, sterilization and antisepsis in health care. APIC, Washington, 1998.

SANTANA, J. P. (Org). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPS, 2000. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 23/09/2008.

SANTOS, V.L.C.G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000, cap. 21, p.265– 305.

SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R.. Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostromizado. Editora ATHENEU, 2000.

SANTOS, C.; FIGUEIRA, R.. Guia do Urostomizado. Coimbra – Portugal, 2008.

SANTOS JS; KEMP R; SANKARANKU TTY AK; SALGADO Jr W; TIRAPELLI LF;; CASTRO E SILVA Jr

O.

Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações - *Medicina (Ribeirão Preto)*; 44(1):39-50, 2011.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coleta de exames laboratoriais. São Paulo: SMS, 2005.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR). Centro de Documentação. Manual de Orientação: elaboração de manuais, cadernos, guias, protocolos e demais documentos técnicos norteadores dos serviços e procedimentos de trabalho. São Paulo: CEFOR, 2005.

SILVA, M. J. P. et al. Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.

SOARES, A.C. Formas Farmacêuticas. Disponível em: <www.webartigos.com/articles/33607/1/Formas-Farmacêuticas/pagina1.html#ixzz1JWGcu7m3>. Acesso em 14/04/2012.

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUZA, A. M. de A. et al. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília: OPS, 1991.

TAVARES, L. M. E.; ALVEZ, M. F. T.; EIRAS, M. V. G. ; LENZ, N. CÁCERES, R. A. M.;GARCIA,S. R. N. Terapia Intravenosa: Utilizando o cateter Central de Inserção Periférica. 1ª ed. São Paulo: Iátria, 2009.

TAYLOR, C; LILLIS,C; LEMONE,P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.1592 p.

TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupos de pessoas hipertensas. *Rev. Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.1, n.2, p.19-24, jul./dez., 1996.

TIMBY, Barbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TURNER, T.D. The development of wound management products. In: KRASNER, D. & KANE, D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 2.ed. Wayne, Health Management Publications, 1997. p.124-38.

WANDERLEY, Marcia Turolla; NOSÉ, Carla Cristina; CORRÊA, Maria Salete Nahás P. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: CORRÊA, Maria Salete Nahás P. Odontopediatria na primeira infância. 2ª ed. São Paulo: Santos, 1999. Cap.28. p.389-402.

WINTER, G.D. Formation of scab and rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of domestic pig. Nature, 193: 293-4, 1962.

