



Protocolo de Atenção à Saúde

GUIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária/DIENF, Gerência de Serviços de Saúde Mental/DISSAM, Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental/DISSAM e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Portaria SES-DF Nº 470, de 19 de julho de 2022, publicada no DODF nº 138, de 25.07.2022.

1. Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Agência Reguladora, Órgão de Classe, Guias de Recomendações da Enfermagem, livros e artigos científicos.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Assistência de Enfermagem; Protocolos de Enfermagem; Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

O período de referência dos artigos neste guia compreende os anos de 1943 a 2018. Foram utilizados para elaboração deste documento 73 referências entre artigos, leis, decretos, portarias, resoluções, livros, teses e dissertações.

2. Introdução

A Atenção Psicossocial, com base comunitária baseada em uma rede de serviços substitutivos territorializados, é a abordagem que está sendo proporcionada no Distrito Federal (DF) para que o modelo manicomial seja substituído, segundo a Reforma Psiquiátrica¹.

Busca-se proporcionar às pessoas com transtorno mental um novo espaço social, no qual elas podem ser tratadas com respeito em relação às suas individualidades, próximas do seu meio social, de modo a promover sua condição de cidadãos.

Essa abordagem do modelo psicossocial requer uma assistência diferenciada por parte dos profissionais: o cuidado em saúde mental é representado por momentos de intensa interação entre profissional e paciente, que visa crescimento, autonomia e desenvolvimento de quem é cuidado. Desta forma, possibilita melhora da qualidade de vida desse sujeito por meio do vínculo afetivo e social, e isso, sem dúvida, exige da enfermagem iniciativa e criatividade.

Baseado nisso, a elaboração de protocolos se faz a partir do conhecimento e das evidências científicas atuais servindo assim para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos. Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas por profissionais experientes e gestores^{2,3}.

No Brasil, o objetivo da construção dos protocolos nos serviços públicos é subsidiar a conduta profissional para a promoção de atendimento de qualidade e segurança aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população⁴.

Além disso, esses protocolos constituem um instrumento para nortear a sistematização da assistência de enfermagem. Dentre as principais vantagens dos protocolos de enfermagem está a oferta de um valioso material consolidado, validado e de fácil consulta permitindo melhor sistematização do cuidado ofertado e corroborando a tomada de decisões^{4,5}.

Dessa forma, o enfermeiro desenvolve habilidades técnico-científicas que favorecem a organização e o cuidado destacando assim a relevância de protocolos que orientem, normatizem e proporcionem segurança e qualidade no desempenho das atividades da enfermagem^{4,5}.

O desenvolvimento de um protocolo assistencial de enfermagem voltado à atenção à saúde mental constitui um grande desafio em virtude da dificuldade em apresentar de forma simplificada e atrativa todos os conhecimentos necessários.

Com a função de reforçar os cuidados na assistência humanizada e servir como guia de conhecimento e auxiliar na tomada de decisão, os protocolos desenvolvidos para a atenção à saúde mental objetivam contribuir para uma prática facilitadora no cuidado⁶.

Desta forma, busca-se reforçar os cuidados para uma assistência humanizada através deste Guia de Enfermagem na Atenção Psicossocial, como um mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

3. Justificativa

Com o objetivo de proporcionar a ampliação das boas práticas na assistência a saúde mental, de apoiar o processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e práticas baseadas em evidências científicas, a Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária/DIENF/COASIS/SAIS, a Gerência de Serviços de Saúde Mental/DISSAM/COASIS/SAIS, a Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental/DISSAM/COASIS/SAIS e enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) elaboraram este guia voltado à atenção psicossocial.

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Guia de Enfermagem na Atenção Psicossocial têm foco na assistência, nos cuidados e na organização do serviço, subsidiando os profissionais de enfermagem para a qualificação da tomada de decisão, de acordo com aspectos essenciais à produção da atenção integral do indivíduo. Trata-se de um importante instrumento para a implementação de boas práticas devendo funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia desses profissionais.

Incentivar o fortalecimento, organização, integração e normatização dos processos de trabalho da Enfermagem nos CAPS da SES/DF, trazendo benefícios sociais que se descrevem na melhoria da qualidade das ações de enfermagem prestadas aos pacientes que terão um atendimento qualificado e de segurança.

A equipe de enfermagem, usuária e aplicadora dos POPs, desse guia de enfermagem terão como benefícios:

- Uniformização e padronização das ações referentes às atividades dos profissionais, para uma assistência adequada e integral aos usuários;
- A descrição de atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da SES/DF, para que os mesmos possam agir com responsabilidade, competência, respaldo e segurança oferecendo uma assistência de excelência ao usuário, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão;

Um instrumento que define o processo de trabalho de intervenção técnica e social orientando os profissionais de enfermagem na realização de suas funções, tendo como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano em saúde, de acordo com a realidade local dos CAPS

Os documentos normativos podem ser instrumentos muito úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. No entanto, deve ser

constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação das ações dentro do processo de trabalho². |

4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

| Não se aplica. |

5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

| Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos de atenção estratégica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que atuam como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional, que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial⁷.

Atualmente o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal conta com **dezoito CAPS**, entre as seguintes modalidades:

- **CAPS I:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. No DF contamos com o **CAPS I Brazlândia**.
- **CAPS II:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. No DF contamos com cinco CAPS II, sendo eles: **CAPS II Planaltina, CAPS II Paranoá, CAPS II Riacho Fundo, CAPS II Taguatinga e CAPS II Brasília**.
- **CAPS III:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporcionam serviços de atenção contínua, com **funcionamento vinte e quatro horas**, incluindo feriados e finais de semana, ofertando **retaguarda clínica e acolhimento noturno** a outros serviços de saúde mental. No DF contamos com o **CAPS AD III Samambaia**.
- **CAPS AD:** atende pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas, e outras situações

clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. No DF contamos com quatro CAPS AD, sendo eles: **CAPS AD Guar II, CAPS AD Sobradinho II, CAPS AD Itapo, CAPS AD Santa Maria.**

- **CAPS AD III:** atende pessoas que apresentam intenso sofrimento psico decorrente do uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. No DF contamos com três CAPS AD III, sendo eles: **CAPS AD III Ceilândia, CAPS AD III Brasília, CAPS AD III Samambaia.**
- **CAPS i:** atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. No DF contamos com quatro CAPS i, sendo eles: **CAPS i Sobradinho, CAPS i Taguatinga, CAPS i Recanto das Emas, CAPS i Brasília.**

Os CAPS tem papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de sade⁷.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Plano Terapêutico Singular (PTS), que acompanha o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassando, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos do território. As ações dos CAPS são em parte realizadas em grupos, outras individuais, e devem englobar tanto os pacientes, quanto os familiares e a comunidade.

6. Critérios de Inclusão

O Guia de Enfermagem na Atenção Psicossocial deverá ser aplicado pelos profissionais de enfermagem a todos os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III) da Rede SES/DF.

7. Critérios de Exclusão

Usuários da rede que não **estejam realizando acompanhamento ou utilizando** os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III) da Rede SES/DF.

8. Conduta

Conforme a demanda da equipe de enfermagem, as condutas deverão ter como referências os Procedimentos Operacionais Padrões (POP) anexados e descritos neste guia de enfermagem.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9. Benefícios Esperados

- Os usuários dos CAPS serão beneficiados com a organização e segurança de uma assistência de enfermagem padrão em toda rede de saúde.

10. Monitorização

A monitorização ao usuário será aplicada de acordo com o descrito em cada POP desse guia, levando em consideração sua aplicabilidade e uso.

11. Acompanhamento Pós-tratamento

O usuário poderá realizar acompanhamento conjunto entre o CAPS e a Unidade Básica de Saúde de sua referência. Em pós-tratamento este deverá ser acompanhado pela atenção primária.

12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A monitorização desse protocolo será realizada pelas equipes de enfermagem e gerências de serviços das unidades dos CAPS em conjunto com a Diretoria de Saúde Mental e Diretoria de Enfermagem SES/DF

A avaliação qualitativa será realizada em cada região com os gestores locais através de reuniões técnicas com a equipe de enfermagem objetivando a efetividade destes POP bem como sugestões para adequações.

O controle pelo gestor será realizado a partir de indicadores já pactuados, a saber:

1. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial;
2. Percentual de CAPS que realizam ações de matriciamento sistemáticos com Equipes de Atenção Primária à Saúde;
3. Número de consultas de enfermagem realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial. |

14. Referências Bibliográficas

1-PEREIRA,MAO, MACHADO MP, NASCIMENTO SABG. Inserção da saúde mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**. 2008 jan/mar; 7(1): 59-64.

2-WERNECK, MAF; FARIA, HP; CAMPOS, KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço/Belo Horizonte: Nescon/UFMG, **Coopmed**, 2009.

3-JACQUES, E.J.; GONÇALO, C.R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. RAI - **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007.

4-ROSSO, CFW et al. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde do Estado de Goiás – Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p.: il
SANTOS, RB; RAMOS, K.S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 13-8.

5-SANTOS, J.B. et al. Avaliação e tratamento de feridas. Hospital das clínicas Porto Alegre. **Porto Alegre**, 2012.

- 6-MELO, G.P. et al. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016 [acesso em: 29/06/2018];18: 1204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.40589>.
- 7-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015.
- 8- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM . Resolução **COFEN** nº 599/2018. **Norma Técnica para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html. Acesso em 17 out. 2019.
- 9-AME-Dicionário de Administração de medicamentos na enfermagem – 9º edição. 2013. Editora **EPUB**.
- 10-AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, Jan. 2013.
- 11-AMERICAN HEART ASSOCIATION (**AHA**). Atualização das diretrizes para a RCP. Edição em português. GUIMARÃES, H. P. 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.
- 12-Agência Nacional de Vigilância Sanitária- **ANVISA**. Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea. Brasília, 2010.
- 13-_____. Resolução-RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **DOU** Nº 87, segunda-feira, 9 de maio de 2011. Seção 1, páginas 39 a 41. Brasília, 2011.
- 14-_____. RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE MARÇO DE 2012. **Agência nacional de vigilância sanitária**.

15-ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Revisão Técnica de Marléia Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005.

16-BERNARDINO, C.C. A privação de liberdade e o adoecimento mental dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação: as tentativas de suicídio na unidade de internação de Santa Maria. DF. 2016. 64f.Monografia. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em serviço social). **Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília**, Brasília, 2016.

17-BORTOLOZO, N.M. et al. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: **EPUB**, 2007

18-BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta paul. enferm.** v. 20, n.4, p. 410-4, 2000.

19-BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943; Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 01 de maio de 1943.

20-_____. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de junho de 1986.

21-_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de junho de 1987.

22-_____. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de dezembro de 1990.

23-_____. **Ministério da Saúde**. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

24-_____. **Ministério do Trabalho e Emprego**. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria GM n.º 485, Diário Oficial da União, 16 de novembro de 2005, Seção 1.

25- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

26- _____. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - **Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

27- _____. **Ministério da saúde**. Coleta de Sangue: Diagnóstico e monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, 2010. 98p. (série TELELAB).

28- _____. **Ministério da Saúde** – Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

29- _____. **Ministério da Saúde**. Caderno de atenção domiciliar. Volume 2. Brasília, 2013.

30- _____. Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 34 p.: il. BRASIL - **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

31- _____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

32- _____. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. 64 p.: il.

33- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. – 1. ed.; 1. Reimpressão. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

- 34- _____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/o-manual-tecnico-para-o-diagnostico-dashepatitesvirais>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.
- 35- _____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Rápido de Vigilância Epidemiológica de HIV, Aids e Sífilis – CRVE – HIV/Aids/Sífilis. Brasília: 2015.
- 36- _____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: 2015.
- 37- _____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/protocolo-clinico-e-diretrizesterapeuticas-paramanejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adul>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.
- 38- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste Rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília: 2014.
- 39- _____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Nota Técnica Nº 02/2014 – GCCRC-DF. Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica – Guia Técnico. Brasília, 2014.
- 40- _____. Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (**UNIFESP**). Procedimento Operacional Padrão: Cautela de psicotrópicos. Disponível em: http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/POP_controle_dos_psicotro_agosto.pdf. Acesso em : 05 de nov de 2018.
- 41- _____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016. 230 p.: il.

42- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016.

43- _____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites B e Coinfecções. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticasparahepatite-b-e-coinfeccoes>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

44- _____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

45- BRUNNER E SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico, 8ª Edição, Editora **Guanabara Koogan S.A**, 1999.

46- BULECHEK, M., GLORIA - Butcher, K., HOWARD – Dochterman, M., Joanne. (tradução Oliveira, I., Soraya...et al). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª edição. Rio de Janeiro. **Elsevier**, 2010.

47- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (**COFEN**). Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

48- _____. (**COFEN**). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. [citado 2009 out 15]. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov.br> >. Acesso em 13 de julho de 2018.

49- _____. (**COFEN**). Resolução COFEN Nº472/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em: 09 de agosto de 2018.

50- _____. **(COFEN)** Parecer 008/2014 – Solicitação de posicionamento quanto a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.161 de 27/12/2011. Brasília, 2014.

51- _____. **(COFEN)**. Resolução COFEN nº 543/2017; Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

52- _____. **(COFEN)**. Resolução COFEN nº 564/2017: Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. –Disponível em < [http:// www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br),>. Acesso em 13 de julho de 2018.

53- _____. **(COFEN)**. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-deRecomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em 13 de julho de 2018.

54- _____. Resolução **COFEN** nº 567/2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Disponível http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_60340.html. Acessado em 10/09/2018.

55- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer **COREN-SP** 013/2014: Realização da prova do laço por técnicos ou auxiliares de enfermagem. São Paulo, 2014.

56- DUMPE, Michelle L. ARCHER, Elizabeth. Procedimento e protocolos. Práxis Enfermagem. Editora: **Guanabara Koogan**, 2006, 740 páginas.

57- FERNANDES, A. M.O.; DAYER, M.C.; HANGUI, W.Y. (Org.). Manual de normas e rotinas hospitalares. Goiânia: **AB**, 2006.

58- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Secretaria de Estado de Saúde do DF**. Plano de Ação da Rede Cegonha no Distrito Federal. Brasília, 2012.

59- _____. **Secretaria de Estado de Saúde DF**. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília, 2013. 228 p. Brasília, 2013.

60- _____. Secretaria de Estado de Saúde DF. Portaria nº 250, 17/12/2014. Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Pág. 15. Seção 01. Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) de 30 de dezembro de 2014.

61-LARANJEIRA, R; ROMANO, M. Brazilian consensus on public policies on alcohol. **Rev Bras Psiquiatr**. 2004 May; 26 Suppl 1: S68-77. Epub 2005 Jan Portuguese.

62-Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 06 abr 2001.

63-MATOS, Luiz Márcio Amaral de. Acolhimento como Prática de Trabalho para Humanizar a Assistência no PSF. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/acolhimento-comopratica-de-trabalho-para-humanizar-a-assistencia-no-psf/36642>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

64-PEREIRA, Maria Odete et al. Busca Ativa para Conhecer o Motivo da Evasão de Usuários em Serviço de Saúde Mental. **Acta paul. enferm**. [online]. 2013, vol.26, n.5, pp.409-412. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500002>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

65-POTTER, A., PATRICIA – PERRY, G., Anne. (tradução Nascimento, C. Maria Inês... et al.). Fundamentos de enfermagem. 7a edição. Rio de Janeiro. **Elsevier**, 2009.

66-PRADO, Marta Lenise do. Fundamentos para o Cuidado Profissional de Enfermagem. 3. ed. Florianópolis: **UFSC**, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

67-**PROMETAL EPIs**. Enfermagem: quais são os EPIs adequados? Disponível em <https://www.prometalepis.com.br/blog/epis-para-enfermagem/>. Acesso em 11/09/2018.

68-QUEVEDO, J. CARVALHO, A. E. (organizadores). Emergências Psiquiátricas. **Artmed**, 3 Ed., 2014.

69-SILVA, J.P. da; GARANHANI, M.L.; PERES, A.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Graduação: um olhar sob o pensamento complexo. **Revista Latinoamericana Enfermagem**; jan/fev de 2015; 23 (1): 59-66.

70-SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A.C.; Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **São Paulo**: 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

71-SMITH – TEMPLE. Guia para Procedimentos de Enfermagem, 3ª Edição, **ARTIMED** – Porto Alegre, RS, 2000.

72-SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas. 6 ed. São Paulo: **SOBECC**; 2013.

73-SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (**SBEM**). Diabetes Mellitus: Insulinoterapia. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/07-diabetesi.pdf. Acesso em: 14 fev. 2017.

74-Técnicas Básicas em Enfermagem. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 26 de junho de 2018.

75-**3M Brasil**. Soluções Integradas para Saúde. Esterilização. Programa de Certificação em Monitorização da Esterilização. Disponível em:<http://multimedia.3m.com/mws/media/5378370/esterilizao.pdf> Acessado em[01/09/2018].

76-VASCONCELOS, BM; Reis, ALRM; VIEIRA MS. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga**: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2008. Disponível em <https://goo.gl/86A32M>. Acesso em 11/09/2018.

ANEXOS

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1.1	COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	18
1.2	CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	21
1.3	REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	25
1.4	ACOLHIMENTO.....	31
1.5	ADMISSÃO NOTURNA.....	33
1.6	MANEJO DA CRISE ORGÂNICA.....	36
1.7	MANEJO DE CRISE PSÍQUICA.....	38
1.8	CONTENÇÃO MECÂNICA E FÍSICA.....	40
1.9	BANHO DE ASPERSÃO	45
1.10	ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO DA INGESTA ALIMENTAR.....	48
1.11	PASSAGEM DE PLANTÃO.....	51
1.12	BUSCA ATIVA.....	53
1.13	VISITA DOMICILIAR	56
1.14	CAUTELA DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA.....	59

2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	61
-----	---------------------------------	----

3. TÉCNICAS PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA

3.1	ROTINAS DE ATIVIDADES NA SALA DE MEDICAÇÃO	66
3.2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR.....	73
3.3	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL.....	75
3.4	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL	77
3.5	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBSCUTÂNEA	79
3.6	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA SUBCUTÂNEA.....	83
3.7	PREPARO DE MISTURA DE INSULINAS NPH (NEUTRAL PROTAMINE HAGEDORN) E REGULAR.....	Erro! Indicador não definido. 85
3.8	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR.....	88
3.9	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA	91
3.10	ADMINISTRAÇÃO DE BENZILPENICILINA BENZATINA.....	94
3.11	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM CATETER	97

4. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

4.1 TESTAGEM RÁPIDA DE HIV, SÍFILIS E HEPATITE	100
4.2 TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (TRG)	105
4.3 AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR	107
4.4 PROVA DO LAÇO.....	109
5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO	
5.1 RETIRADA DE PONTOS	111
5.2 REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	113
5.3 LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAIS	126
6. PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS AUXILIARES	
6.1 USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	129

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.1 COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

1.1.1 COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA SEGUNDO A RESOLUÇÃO Nº 0599/2018 DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM⁸.

As instituições ou unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, na Rede de Atenção Psicossocial e no domicílio, devem contar com um quadro de pessoal de enfermagem qualificado e em quantidade que permita atender à demanda de atenção e aos requisitos desta Norma Técnica. A equipe de enfermagem envolvida na atenção à Saúde Mental e Psiquiatria é formada por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, que devem executar suas atribuições em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, voltados ao atendimento de pessoas e sua família com sofrimento ou transtorno mental grave, e ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Trabalham na perspectiva interdisciplinar com equipe multiprofissional e realizam ações prioritariamente em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Modalidades:

- **CAPS I:** atendimento a todas as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

- **CAPS II:** atendimento a todas as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- **CAPS III:** atendimento para todas faixas etárias com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação para transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

- **CAPS I:** atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- **CAPS ad Álcool e Drogas:** atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** atendimento a todas faixas etárias com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24 horas; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Compete ao Enfermeiro:

Compete ao Enfermeiro cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas:

- a) Planejamento, coordenação, organização, direção e avaliação do serviço de enfermagem nos serviços de saúde mental e psiquiatria;
- b) Realizar Processo de Enfermagem por meio da consulta de enfermagem em saúde mental com o objetivo de viabilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- c) Prescrever cuidados de enfermagem voltados à saúde do indivíduo em sofrimento mental;
- d) Utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de enfermagem em saúde mental, por meio do Processo de Enfermagem;
- e) Estabelecer relacionamento terapêutico no qual o enfermeiro cuida do usuário no atendimento de suas necessidades;
- f) Programar e gerenciar planos de cuidados para usuários com transtornos mentais leves ou severos e persistentes;
- g) Realizar práticas integrativas e complementares em saúde dentre as ações de cuidado, se detentor de formação especializada;
- h) Elaborar e participar do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos usuários dos serviços em que atua, com a equipe multiprofissional;
- i) Realizar atendimento individual e/ou em grupo com os usuários em sofrimento psíquico e seus familiares;
- j) Conduzir e coordenar grupos terapêuticos;
- k) Participar das ações de psicoeducação de usuários, familiares e comunidade;

- l) Promover o vínculo terapêutico, escuta atenta e compreensão empática nas ações de enfermagem aos usuários e familiares;
- m) Participar da equipe multiprofissional na gestão de caso;
- n) Prescrever medicamentos e solicitar exames descritos nos protocolos de saúde pública e/ou rotinas institucionais;
- o) Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente na área da saúde mental e psiquiatria;
- p) Efetuar a referência e contra referência dos usuários;
- q) Desenvolver e atualizar os protocolos relativos à atenção de enfermagem ao usuário do serviço de saúde mental e psiquiatria, pautados nesta norma, adequadas às particularidades do serviço;
- r) Desenvolver ações de treinamento operacional e de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem;
- s) Promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção no território;
- t) Participar da regulação do acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros;
- u) Promover ações para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial;
- v) Efetuar registro escrito, individualizado e sistemático, no prontuário, contendo os dados relevantes da permanência do usuário;
- w) Aplicar testes e escalas em Saúde Mental que não sejam privativas de outros profissionais;

Compete ao Técnico de Enfermagem:

- a) Promover cuidados gerais do usuário de acordo com a prescrição de enfermagem ou protocolo pré-estabelecido;
- b) Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência;
- c) Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referente às boas práticas da atenção à saúde mental e psiquiatria;
- d) Proceder ao registro das ações efetuadas, no prontuário do usuário, de forma clara, precisa e pontual;
- e) Participar de atividades grupais junto aos demais profissionais da equipe de saúde mental.

Procedimento Operacional Padrão

1.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

1. Objetivo

- Assegurar ao profissional a qualificação do gerenciamento do cuidado e o planejamento de suas atividades, além de servir como guia para suas ações, especificamente no âmbito dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

2. Horário de funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsável

- Enfermeiros.

4. Local de aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar cuidados de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;
- A consulta de enfermagem tem como fundamento os princípios de equidade, universalidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde; compõe-se de histórico familiar e de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e avaliação de enfermagem;

6. Materiais necessários

- Formulário próprio e/ou prontuário eletrônico para coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Formulário CIWA-ar (<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2>);
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Termômetro;
- Balança;
- Relógio de pulso;
- Luva de procedimento.

7. Descrição da técnica

1. Higienizar as mãos (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde” disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/VERS%C3%83O-FINAL_PROTOCOLO-HIGIENIZA%C3%87%C3%83O-DAS-M%C3%83OS-1.pdf);
2. Calçar luvas de procedimento, se necessário;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Separar os materiais necessários para o exame físico e colocar em bancada auxiliar;
5. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento;
6. Conferir o nome do paciente e os dados de identificação do mesmo;
7. Iniciar o processo de enfermagem com a coleta de dados (histórico de enfermagem) em local com privacidade, a fim de obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;
8. Realizar o exame físico que consiste no estudo biopsicossocial do indivíduo, por intermédio da observação, de interrogatório, de inspeção física (palpação, percussão, ausculta), de exames de laboratório (se necessário) e do uso de instrumentos específicos;
9. Interpretar e agrupar os dados coletados na primeira etapa (histórico de enfermagem e exame físico), que culmina com a tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou

- intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;
10. Determinar os resultados que se espera alcançar e as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem, descrito no item anterior;
 11. Prescrever ações ou intervenções de enfermagem com a finalidade de atender as necessidades humanas desse paciente sob sua responsabilidade;
 12. Determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e verificar da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem;
 13. Recolher o material utilizado, realizar a limpeza e desinfecção e armazenar de forma organizada;
 14. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
 15. Efetuar as anotações ou evolução de enfermagem no prontuário, ação privativa do enfermeiro, que deverá reunir dados sobre as condições anteriores e atuais do paciente e da família, bem como a assistência prestada para, mediante análise, subsidiar a tomada de decisões e estabelecer o plano de cuidados/prescrição de enfermagem;
 16. Comunicar ao paciente e/ou seu familiar quanto aos achados identificados na consulta de enfermagem, bem como as intervenções propostas.

8. Recomendações/Observações

- As anotações de enfermagem devem fornecer suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respostas do paciente à terapêutica instituída, resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem;
- Realizar a identificação do profissional com o registro do nome completo e o número do COREN-DF, conforme normativas vigentes;
- Discriminar, sequencialmente, o estado geral do paciente, considerando:
 - a) Condições de entrada no serviço:
 1. Procedência do paciente (residência, Unidade de Pronto Atendimento, transferência de outra instituição, Consultório na Rua, Unidade Básica de Saúde, entre outros dispositivos da rede);
 2. Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde, entre outros);
 3. Estado de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca, entre outros).
 - b) Condições físico-funcionais do paciente:
 1. Nível de consciência;

2. Humor e atitude;
 3. Higiene pessoal;
 4. Estado nutricional;
 5. Coloração da pele;
 6. Dispositivos em uso;
 7. Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável).
- Deve apresentar um resumo sucinto do exame físico, dos problemas a serem abordados e dos cuidados realizados e/ou prescritos;
 - Anotar as orientações efetuadas ao paciente e familiares;
 - Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;
 - Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo;
 - Os registros devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
 - Os registros não devem conter códigos pessoais, abreviaturas desconhecidas, rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
 - Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
 - Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).

As evoluções de enfermagem devem seguir as recomendações abaixo:

- A evolução de enfermagem deve ser realizada referindo-se as últimas 24 horas, baseando-se nas respostas diante das intervenções preestabelecidas por meio da prescrição de enfermagem, bem como, quanto aos protocolos em que o paciente está inserido, mantido ou sendo excluído;
- Deve ser refeita, em parte ou totalmente na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;
- Deve apresentar o estado geral do paciente, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;
- Deve apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos, os problemas novos identificados e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes;
- Efetuar o registro imediatamente após a prestação do cuidado, respeitando as mesmas recomendações das anotações de enfermagem.

Procedimento Operacional Padrão

1.3 REGISTROS DE ENFERMAGEM

1. Objetivo

- Nortear os profissionais de enfermagem para a prática dos registros dos cuidados realizados pela enfermagem no prontuário do paciente, garantindo as informações necessárias para a continuidade da assistência, a fim de prevenir/reduzir eventos adversos relacionados à assistência.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou domicílio do paciente quando se tratar de Visita Domiciliar.

5. Descrição do Procedimento

- Registros de enfermagem são todas as anotações padronizadas, organizadas e concisas referentes aos cuidados prescritos e realizados pelos profissionais da enfermagem com o paciente.

6. Materiais Necessários

- Livros de registro e formulários, de acordo com a rotina adotada pela instituição;
- Prontuário físico ou prontuário eletrônico.

7. Descrição da Técnica

Registro de enfermagem relacionado ao acolhimento

1. Nome completo do paciente, data e hora da realização do procedimento;
2. Procedência do paciente;
3. Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, entre outros);
4. Nível de consciência;
5. Condições de higiene;
6. Presença de acompanhante ou responsável;
7. Presença de lesões prévias e sua localização;
8. Descrever deficiência, se houver;
9. Uso de próteses ou órteses, se houver;
10. Procedimentos/cuidados realizados, se houver;
11. Orientações prestadas;
12. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado a avaliação do nível de consciência

1. Data e hora da avaliação;
2. Instrumento utilizado para avaliação do nível de consciência;
3. Resposta apresentada pelo paciente (abertura ocular, miose, midríase, linguagem verbal, motora e/ou outras);
4. Resultado da avaliação realizada;
5. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado aos sinais vitais

1. Data e hora do procedimento;
2. Registrar dados aferidos;
3. Queixas;
4. Estado geral do paciente;
5. Intercorrências e providências adotadas;
6. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado a glicemia capilar

1. Data e hora da realização da verificação;
2. Condição do paciente (jejum, alimentado);
3. Aspecto da polpa digital;
4. Desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
5. Local da punção;
6. Valores da glicemia capilar (mg/dL);
7. Intercorrências e providências adotadas;
8. Orientações efetuadas;
9. Nome completo e COREN-DF do responsável pelos procedimentos.

Registro de enfermagem relacionado a procedimentos

1. Nome completo do paciente, data e hora da realização do procedimento;
2. Condições do estado geral do paciente;
3. Presença de acompanhante ou responsável;
4. Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional;
5. Orientações prestadas;
6. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado à administração de medicamentos

1. Deverão ser registrados os itens da prescrição medicamentosa e a via de administração:
 - a) **Via Parenteral:** registrar o local onde foi administrado:
 - IM – glúteo, deltoide, vasto lateral, etc.;
 - EV – antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc.;
 - SC – abdome, região posterior do braço, coxa, etc.;
 - ID – face interna do antebraço ou face externa do braço.
 - b) Em todos os casos, não esquecer de fazer referência ao lado em que o medicamento foi administrado (esquerdo ou direito).
 - c) No caso de administrar medicamento através de um dispositivo já existente, como acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso.
 - d) **Via Oral:** registrar dificuldade de deglutição, além da presença de náuseas e/ou vômitos.
 - e) **Via Retal:** registrar tipo de dispositivo utilizado e em caso de supositório, registrar se foi expelido e as providências adotadas.

Observação: Para todas as vias observar os registros apontados abaixo:

2. Rejeição do paciente;
3. No caso de não administrar o medicamento, apontar o motivo;
4. Queixas;
5. Intercorrências e providências adotadas;
6. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado ao acesso venoso

1. Data e hora da punção;
2. Motivo da punção (inicial ou troca);
3. Local da punção;
4. Condições do local da punção (pele e rede venosa local);
5. Número de punções;
6. Tipo e calibre do cateter;
7. Salinização;

8. Intercorrências e providências adotadas;
9. Medida de segurança adotada (tala ou contensão);
10. Queixas;
11. Nome e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado ao auxílio na dieta

1. Data e hora do procedimento;
2. Tipo de dieta;
3. Aceitação da dieta: total, parcial ou recusa;
4. Dieta zero: motivo;
5. Necessidade de auxílio;
6. Queixas;
7. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado a imobilização

1. Data e hora do procedimento;
2. Localização anatômica;
3. Motivo da imobilização;
4. Aspecto do membro/local imobilizado (hematomas, ferida cirúrgica, temperatura, perfusão);
5. Tipo de procedimento realizado (tala, tala gessada, gesso e outras);
6. Material utilizado para o procedimento;
7. Queixas do paciente;
8. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado a condutas de segurança ao paciente

1. Data e hora dos cuidados;
2. Nível de consciência (lucidez, orientação);
3. Relatar necessidade de contenção no leito;
4. Necessidade da presença de acompanhante;
5. Necessidade de grades (justificar) ou auxílio para a deambulação;
6. Identificação de alergia/intolerância;
7. Identificação de condições/patologias prévias que requeiram cuidados especiais (diabetes, hipertensão, hemofilia, uso de anticoagulante);
8. Relatar necessidade de dieta zero;
9. Intercorrências e providências adotadas;
10. Queixas;
11. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

Registro de enfermagem relacionado a transferência externa

1. Motivo da transferência;

2. Data e horário;
3. Instituição de destino, forma de transporte e encaminhamento;
4. Procedimentos/cuidados realizados;
5. Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência, presença de lesões);
6. Presença de acompanhante;
7. Preenchimento de formulário específico para referência/contrarreferência, conforme estabelecido pela Instituição;
8. Queixas;
9. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento e transferência.

Registro de enfermagem relacionado à alta do paciente

1. Nome completo do paciente, data e hora da alta;
2. Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, entre outros);
3. Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina Institucional;
4. Orientações prestadas e encaminhamentos, se houver;
5. Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;
6. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento

Observação: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado. Registrar ainda se foi alta médica, a pedido do paciente ou família, ou por abandono de tratamento.

Registro de enfermagem relacionado a óbito

1. Data e horário;
2. Identificação do médico que o constatou;
3. Rol de valores e pertences do paciente e a quem foi entregue;
4. Comunicação do óbito ao(s) setor(es) responsável(eis), conforme rotina institucional;
5. Procedimentos pós-morte realizados;
6. Identificação do corpo;
7. Encaminhamento do corpo;
8. Horário de saída do corpo do setor;
9. Nome completo e COREN-DF do responsável pelo procedimento.

8. Recomendações/Observações

- Incluir todas as anotações necessárias, sendo conciso;
- Incluir data e hora das anotações na ordem cronológica;
- Documentar as medidas de precauções adotadas;

- Assinar e facultativamente carimbar (número de matrícula e COREN-DF) todas as anotações;
- **NUNCA FAZER:** rasuras no prontuário; alterações nas anotações já realizadas; não deixar espaços em branco;
- Somente a checagem dos itens cumpridos ou não, através de símbolos (/ ou √), não cumpre os requisitos legais de validação de um documento. Assim a importância de registrar, por escrito, nas anotações ou evolução de enfermagem.

Procedimento Operacional Padrão

1.4 ACOLHIMENTO

1. Objetivos

- Verificar as demandas apresentadas pelo paciente e identificar as possibilidades terapêuticas, garantindo o acesso, a assistência humanizada e integral, criando o vínculo com o serviço, tanto para os pacientes inseridos no acompanhamento multiprofissional como os referenciados para outros equipamentos de saúde.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Se configura como o ponto inicial do atendimento ao paciente; é o momento de atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar (escuta qualificada) e responder as demandas do paciente; implica a utilização do saber profissional para produzir respostas adequadas que garantam a atenção integral ao paciente, uma vez que se trata de uma equipe multiprofissional;
- Coleta de dados cadastrais, como moradia, histórico de doenças familiares e da doença e demandas atuais do paciente e família;
- Importante instrumento na construção de vínculo e acesso aos serviços de saúde com responsabilização e resolutividade.

6. Materiais Necessários

- Livros de registro e formulários, de acordo com a rotina adotada pela instituição;
- Prontuário físico ou prontuário eletrônico;

7. Descrição da Técnica

1. Proporcionar ambiente privativo, calmo e acolhedor;
2. Apresentar-se pelo nome, profissão e de forma sucinta, explicar sobre a finalidade do acolhimento;
3. Proceder à coleta de dados de identificação, residência, solicitar apresentação de documentos e relatórios de encaminhamento (a depender da rotina);
 - a. **ATENÇÃO:** os dados cadastrais podem ser colhidos posteriormente, ao final do acolhimento, caso o paciente necessite da escuta qualificada e cuidado de forma emergencial.
4. Realizar escuta qualificada sobre a demanda apresentada pelo paciente e/ou seu acompanhante;
5. Se necessário, proceder à verificação de sinais vitais e exame físico;
6. De acordo com a necessidade e respeitando a privacidade do paciente, realizar escutas individuais ao paciente e/ou familiar responsável que esteja acompanhando;
7. Caso necessário, agendar atendimentos individuais ou atendimentos em grupo a depender da demanda e gravidade do caso, conforme rotina do serviço;
8. Realizar orientações sobre o acompanhamento multiprofissional, destinação às atividades e realização de contrato terapêutico, conforme rotina do serviço.

8. Recomendações/Observações

- O acolhimento não é uma atividade exclusiva da enfermagem, tendo que ser trabalhada de forma articulada com os demais profissionais da equipe multiprofissional;
- Possibilitar ao paciente, familiar ou responsável sentir-se acolhido e seguro para falar sobre as demandas;
- Explicar ao paciente e/ou responsável sobre a importância de apresentar a documentação necessária para cadastro, não sendo impeditivo para a realização do acolhimento, podendo ser apresentada posteriormente;
- Caso durante o acolhimento ou posteriormente, após discussão em equipe, perceba-se que o caso não apresente demanda de sofrimento psíquico grave, realizar orientações e encaminhamento implicado a outros serviços disponíveis na rede de saúde, assistência social, esportes, cultura ou lazer, que se fizerem importantes ou necessários.

Procedimento Operacional Padrão

1.5 ADMISSÃO NOTURNA

1. Objetivo

- Normatizar a admissão do paciente nas vagas de acolhimento noturno e observação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com funcionamento 24 horas, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros.

2. Horário de funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis:

- Enfermeiros.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Avaliar e proceder a admissão noturna do paciente no CAPS.

6. Materiais Necessários

- Livros de registro e formulários, de acordo com a rotina adotada pela instituição;
- Prontuário físico e prontuário eletrônico;
- Materiais que se façam necessários para a admissão (lençol, material de higiene pessoal, roupas).

7. Descrição da Técnica

1. Preparar e identificar o espaço reservado ao paciente durante a permanência no acolhimento integral;

2. Receber o paciente e encaminhá-lo ao espaço reservado ao paciente;
3. Disponibilizar material de higiene, assim como roupas, se necessário;
4. Encaminhá-lo ao banho, quando em condições clínicas;
5. Proceder exame físico;
6. Orientar o paciente e familiar ou acompanhante (se houver), sobre normas e rotinas do acolhimento integral e do serviço;
7. Aprazar horário de medicações;
8. Administrar medicações e cuidados de enfermagem conforme prescrição e/ou rotina do serviço.
9. Solicitar dieta;
10. Solicitar medicação à farmácia;
11. Preencher documentação para admissão (impressos e livros de registro), conforme rotina Institucional;
12. Realizar discussão do caso com 3 (três) profissionais presentes no plantão, sendo obrigatório a participação do enfermeiro responsável pelo plantão;
1. Encaminhar o paciente para avaliação médica, caso este profissional não esteja presente na discussão inicial.

8. Recomendações/Observações

Critérios clínicos para admissão em Acolhimento Noturno (CAPS III ou CAPS AD III)

- Síndrome de Abstinência Alcoólica: aplicar CIWA-Ar com escore \leq a 20 pontos. Disponível em POP (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised, CIWA-Ar). Levar em consideração os SSVV e outras alterações clínicas;
- Desintoxicação de Substâncias Psicoativas (SPA): pacientes com desenvolvimento de síndrome específica de determinada substância, com alterações clinicassignificativas, que ocorreram devido à recente ingestão da mesma, ou uso de SPAde forma crônica;
- Indicações psicológicas associadas ao uso de SPA: humor deprimido/rebaixado. Sentimento de impotência perante a fissura (sem suporte familiar e/ou se colocando em situação de risco);
- Indicações sociais agudas relacionadas ao uso de SPA: para proteção inicial se em situação de vulnerabilidade;
- Ideação suicida: com planejamento e acesso aos meios, tentativa recente.

Critérios clínicos que impossibilitam o Acolhimento Noturno (CAPS III ou CAPS AD III)

- Síndrome de abstinência alcoólica: aplicar CIWA-Ar com escore $>$ a 20 pontos. Levar em consideração os SSVV e outras alterações clínicas;

- Doenças infectocontagiosas: que necessitem de precauções de contato e aerossóis (isolamento);
- Gestantes: referenciar a atenção primária e ao HMIB quando gestação de risco;
- Sinais vitais:
 - a) Pressão Arterial (PA): >180x110 mmHg.
 - b) Saturação de Oxigênio (SatO²): < 90.
 - c) Pulso periférico: taquicárdico ou bradicárdico.
 - d) Respiração: taquipnéico, bradipnéico ou comprometimento das vias aéreas.
 - e) Temperatura: acima de 39° C.
 - f) Dor: moderada a grave.
- Abstinência alcoólica com complicações: convulsão, agitação psicomotora média a grave, paciente combatível, pico hipertensivo, delirium tremens, vômito persistente, vômito com presença de sangue, fezes enegrecidas ou vermelhas;
- Intoxicação aguda com presença dos sintomas: hipertemia, dor no peito ou irradiando para ombro e/ou dorso, convulsão, pico hipertensivo, cefaleia intensa, agitação psicomotora média a grave, paciente combatível, perda da consciência, torpor, vômito persistente, vômito com presença de sangue, fezes enegrecidas ou vermelhas;
- Complicação clínica que demanda internação ou atendimento de Urgência e Emergência.

1.6 MANEJO DA CRISE ORGÂNICA

1. Objetivo

- Gerenciar a crise no intuito de alcançar a estabilização do quadro orgânico de modo a prevenir agravos e garantir a segurança do paciente.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou domicílio do paciente quando se tratar de visita domiciliar.

5. Descrição do Procedimento

- Atendimento para identificar os sinais e sintomas da crise orgânica a serem abordados e controlados, com estabilização e manejo dos riscos imediatos, promovendo continuidade do acompanhamento adequado de modo a prevenir novas crises.
- Entende-se por crise orgânica a desordem em qualquer sistema do corpo humano que leve a alteração da homeostase fisiológica do indivíduo.

6. Materiais Necessários

- Prontuário físico ou prontuário eletrônico;
- Esfigmomanômetro;
- Termômetro;
- Glicosímetro;
- Outros instrumentos que se façam necessários para o caso.

7. Descrição da Técnica

1. Acolher o paciente em situação de crise;
2. O enfermeiro deve realizar a avaliação primária, de modo a garantir vias aéreas desobstruídas e controle de cervical (em caso de urgência maior que envolva trauma);
3. Avaliar quadro clínico do paciente e colher informações necessárias com o paciente e/ou acompanhante, quando possível;
4. Acionar médico da unidade;
5. Destacar profissional da equipe para acionar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), caso necessário;
6. Articular equipe para casos de urgência específica: Parada Cardiorrespiratória – PCR (consultar POP Parada Cardiorrespiratória – PCR);
7. Garantir segurança e proteção do paciente até estabilização do quadro ou chegada de serviço de urgência;
8. Se possível, comunicar familiares do paciente, explicar intervenções e encaminhamentos do caso;
9. Registrar o evento de crise no prontuário.

8. Recomendações/Observações

- A intervenção em crise não é uma atividade exclusiva da enfermagem, tendo que ser trabalhada de forma articulada com os demais profissionais da equipe multidisciplinar;
- O recurso da contenção mecânica deve ser utilizado em última instância, quando todos os demais meios menos invasivos e que preservam a autonomia do paciente foram utilizados. Deve ser aplicado mediante avaliação técnica da equipe, nos casos em que o paciente coloque sua própria integridade ou a dos demais em risco, e ser finalizado, tão logo haja estabilização do quadro (consultar “POP Contenção Mecânica e Física”);
- Caso o evento de crise orgânica demande internação para estabilização, é fundamental que a equipe de referência mantenha contato com a de contrarreferência para manutenção do acompanhamento futuro.

1.7 MANEJO DE CRISE PSÍQUICA

1. Objetivo

- Gerenciar a crise no intuito de alcançar a estabilização do quadro psíquico de modo a prevenir agravos e garantir a segurança do paciente.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou domicílio do paciente quando se tratar de visita domiciliar.

5. Descrição do Procedimento

- Atendimento para identificar os sinais e sintomas da crise psíquica a serem abordados e controlados, descartando causas orgânicas, com estabilização e manejo dos riscos imediatos, promovendo continuidade do acompanhamento adequado de modo a prevenir novas crises.

6. Materiais Necessários

- Prontuário físico ou prontuário eletrônico;
- Esfigmomanômetro;
- Glicosímetro;
- Material para contenção mecânica, se necessário (vide POP Contenção Mecânica e Física);
- Outros instrumentos que se façam necessários para o caso.

7. Descrição da Técnica

1. Perguntar de forma empática “o que o traz aqui e como posso ajudá-lo”;
2. Esclarecer os objetivos da avaliação;
3. Explicar que a equipe está junto à pessoa e trabalhará para diminuir sua ansiedade;
4. Conhecer o contexto biopsicossocial do paciente;
5. Realizar anamnese, exame físico e psíquico conforme protocolo institucional para descartar causas orgânicas;
6. Diminuir estímulos externos, retirar pessoas ou objetos que possam ser estressores para o paciente;
7. Estabelecer sinal/código comum entre a equipe em caso de auto/heteroagressividade;
8. Acessar de forma rápida o material de contenção mecânica (consultar POP Contenção Mecânica e Física) e medicação prescrita, se necessário;
9. Manter observação contínua do paciente em crise;
10. Realizar procedimentos necessários à continuidade do acompanhamento adequado, conforme protocolos institucionais, quando houver evolução para estabilização do quadro psíquico;
11. Evoluir a situação no prontuário do paciente.

8. Recomendações/Observações

- A intervenção em crise não é uma atividade exclusiva da enfermagem, tendo que ser trabalhada de forma articulada com os demais profissionais da equipe multidisciplinar;
- Conectar-se com o afeto do paciente: vale lembrar que o indivíduo pode se expressar de forma negativa e agressiva. Assim, a equipe deve estar sempre integrada, articulada e manter distância segura de um braço em caso de conduta agressiva;
- A avaliação dos estressores psicossociais que levaram o paciente a crise podem trazer informações importantes para o gerenciamento da crise;
- O recurso da contenção mecânica deve ser utilizado em última instância, quando todos os demais meios menos invasivos e que preservam a autonomia do paciente foram utilizados. Deve ser aplicado mediante avaliação técnica da equipe, nos casos em que o paciente coloque sua própria integridade ou a dos demais em risco, e ser finalizado, tão logo haja estabilização do quadro (consultar POP Contenção Mecânica e Física).

1.8 CONTENÇÃO MECÂNICA E FÍSICA

1. Objetivo

- Gerenciar o quadro de pacientes que apresentam agitação psicomotora, agressividade e/ou risco contra si e/ou terceiros.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- **Contenção Mecânica:** tipo de contenção onde se utiliza dispositivos como atadura, lençol ou faixa para imobilizar os membros superiores e inferiores podendo também, quando indicado, imobilizar a região torácica para maior segurança do paciente.
- **Contenção Física:** procedimento inicial visando restrição direta ou indireta:
 - a. **Direta:** restringe o movimento de partes do corpo do paciente, realizado por um ou mais profissionais de saúde com o propósito de imobilizá-lo;
 - b. **Indireta:** restringe o paciente a uma determinada área com maior segurança, utilizando-se de um **espaço privativo**/resevado.

6. Materiais Necessários

- Algodão ortopédico, 02 (duas) ou 04 (quatro) unidades;
- Ataduras de 12cm, no mínimo 04 (quatro);

- Esparadrapo;
- Lençol, em casos de contenção torácica;
- Outros instrumentos que se façam necessários para o caso.

7. Descrição da Técnica

Atribuição da enfermagem relacionada a contenção mecânica

1. O procedimento está dividido em duas fases: imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e contenção mecânica (uso de faixas).

Imobilização

1. Realizar o manejo do espaço posicionando a equipe em semicírculo ao redor do paciente, mantendo o coordenador ao centro e evitando que os profissionais se posicionem atrás do paciente;
2. Posicionar-se com os pés afastados, braços ao longo do corpo, distância de um braço e meio do paciente;
3. Manter o olhar no paciente;
4. Os profissionais posicionados ao lado do paciente devem segurar os membros superiores na região do punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax; manter o membro do paciente afastado;
5. Os profissionais posicionados na linha diagonal devem segurar os membros inferiores, se agachando ao lado do membro e mantendo o joelho apoiado no chão o mais próximo ao paciente; usar o braço mais próximo ao paciente para envolver a região posterior da coxa, posicionando a mão na região patelar e utilizar o outro braço estendido, segurando o tornozelo do paciente contra o chão;
6. Após a imobilização dos membros superiores e inferiores, o coordenador, ao centro, deve se posicionar atrás do paciente para segurar a cabeça e o tórax, passando um dos braços por baixo da axila do paciente para fixá-lo na extensão do tórax e posicionar a palma da mão livre (outro braço) sobre a frente do paciente;
7. Elevação: realizar a elevação dos membros inferiores e suspensão do paciente;
8. Transporte e posicionamento na maca/prancha: com os membros suspensos e seguros, o tórax e a cabeça apoiados no tórax do coordenador, posicionar o paciente sobre a maca/prancha, mantendo a posição anatômica: membros inferiores afastados (fixar joelho e tornozelo); e membros superiores ao longo do tronco, com as palmas das mãos para cima (fixar punhos)

Considerações

1. Caso o paciente tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a aproximação;

2. Caso o paciente se torne colaborativo a partir desse momento, solicitar que o mesmo se posicione na maca/prancha, garantindo que seja acompanhado pela equipe com seus membros superiores seguros, prosseguindo para a contenção mecânica;

Contenção Mecânica

1. Iniciar a técnica somente quando o número de profissionais necessários estiver disponível, no mínimo cinco integrantes;
2. Planejar o procedimento de preferência definindo o coordenador da ação, o mediador e as demais funções de cada membro, além de definir a frase-chave para o comando de imobilização;
3. Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança;
4. O coordenador (ou o profissional que apoia cabeça e tórax) é o responsável pela passagem das faixas;
5. Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco do paciente soltar;
6. **Membros:** passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior; amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual; nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos; evitar hiperextensão dos membros e compressão do plexo braquial;
7. **Tórax:** última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres; amarrar nas laterais da maca/prancha; não posicionar a faixa sobre o diafragma para não limitar a ventilação; a elevação natural do tronco não deve ultrapassar 30°. Evitar compressão de tórax;
8. Somente suspender a imobilização após reavaliar as fixações e refazê-las quando necessário;
9. Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica.

Atribuição da enfermagem relacionada a contenção física:

1. Encaminhar o paciente para espaço privativo/reservado que possibilite acompanhá-lo visualmente;
2. O período de restrição deve ser determinado conforme o quadro do paciente e quando solicitado apoio ao SAMU, seguir orientações;
3. Em casos de contenção física indireta o espaço reservado deverá ser privativo ao paciente e livre de aparelhos e equipamento que possam trazer riscos a si e a terceiros;

4. A observação deve ser contínua, verificando possibilidades de risco contra si próprio e a terceiros;
5. A enfermagem deverá manter todas as informações atualizadas com registro em prontuário durante o período em que permanecer contido:
 - a. Monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais;
 - b. Observar pele e perfusão tissular e periférica para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos do paciente;
 - c. A comunicação do procedimento de medidas restritivas aos pais, familiares ou responsáveis é imperativa e deverá ser realizada preferencialmente pelo enfermeiro;
6. Registrar a situação clínica e quando solicitado apoio ao SAMU, seguir orientações.

8. Recomendações/Observações

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como último recurso, após todas as tentativas de manejo e tranquilização se mostrarem insuficientes para o controle da situação e sob orientação do enfermeiro e prescrição médica;
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (aproximadamente, membros 10cm e tórax 20cm).
- Para a segurança do profissional, o mesmo deve estar consciente de seus próprios sentimentos (medo, ansiedade, raiva) e limites, porque as pessoas reagem instintivamente à emoção do outro, o que pode desencadear uma reação de tensão crescente. Se não se sentir tranquilo o bastante, solicitar a sua substituição no atendimento;
- **NUNCA** fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe de saúde. Jamais aplique “chave de braço”, torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais, bem como sentar-se sobre o paciente ou colocar seus joelhos sobre ele na tentativa de imobilizá-lo;
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita;
- A contenção deve ser mantida pelo menor tempo possível e em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.

Procedimento Operacional Padrão

1.9 BANHO DE ASPERSÃO

1. Objetivo

- Manter a integridade da pele/mucosas e controlar odores produzidos pelas glândulas sudoríparas, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Consiste em remover sujidade, suor, secreção e células descamativas; promover a necessidade básica de higiene e conforto do paciente; reduzir a flora transitória que é patogênica; e possibilitar que o profissional de enfermagem faça a observação da pele do paciente.

6. Materiais Necessários

- Sabonete;
- Compressa para banho;
- Capote descartável, gorro e óculos de proteção;
- Máscara;
- Luvas de procedimentos;
- Biombos, se necessário;
- Hamper com saco plástico;

- Shampoo e condicionador, quando necessário e disponível;
- Aparelho de barbear, conforme necessidade;
- Escova dental ou espátula com creme dental ou antisséptico bucal;
- Toalhas;
- Escova de cabelo ou pente;
- Desodorante e creme hidratante, quando disponível;
- Roupa íntima, vestimentas, camisola ou pijama.

7. Descrição da Técnica

1. Reunir o material necessário e entregar ao paciente;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante e confirmar a aceitação;
3. Encaminhar o paciente ao banheiro;
4. Promover a privacidade do paciente fechando portas e janelas;
5. Higienizar as mãos (vide protocolo de “Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde” http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/VERS%C3%83O-FINAL_PROTOCOLO-HIGIENIZA%C3%87%C3%83O-DAS-M%C3%83OS-1.pdf);
6. Colocar os EPI's conforme necessidade e condições do paciente;
7. Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;
8. Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
9. Iniciar o banho e se a situação permitir, deixar o paciente sozinho;
10. Orientar o paciente para se enxugar ou ajuda-lo quando necessário, e observar as condições da pele;
11. Vestir e pentear os cabelos do paciente caso não consiga fazê-lo sozinho;
12. Se o paciente consentir e for do gênero masculino, realizar a tricotomia facial;
13. Solicitar ao serviço responsável a realização da limpeza do banheiro;
14. Higienizar as mãos;
15. Registre no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.

8. Recomendações/Observações

- Sentar na cadeira embaixo do chuveiro é muito mais seguro para os pacientes idosos ou para pacientes que estão debilitados e/ou sonolentos em decorrência das medicações psicotrópicas, facilitando para que lavem as pernas e pés com menor probabilidade de escorregarem;

- Durante o banho deve-se assegurar a privacidade aos pacientes, mas pedir-lhe para não trancar a porta e chamar se precisar de assistência. O profissional de enfermagem deverá se manter perto do local;
- Não obrigar o paciente a realizar o banho. Converse e pactue o melhor momento durante o dia;
- Observar lentificação, fala arrastada e/ou desorientação evidente: nunca deixar o paciente sozinho. Observar dificuldade na deambulação (avisar ao médico e/ou enfermeiro no plantão);
- Durante o procedimento, observar ferimentos, manchas, presença de micoses e pediculose (comunicar ao médico para proceder à prescrição adequada);
- Monitorar a execução antes e após o banho: autonomia e percepção na atividade de vida diária, entre elas o autocuidado.

Procedimento Operacional Padrão

1.10 ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO DA INGESTA ALIMENTAR

1. Objetivo

- Oferecer e/ou supervisionar a alimentação ao paciente de modo a fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Consiste em um método de terapia nutricional para auxiliar ou oferecer uma ingestão equilibrada de alimentos e líquidos adequada às necessidades do paciente, conforme prescrição.

6. Materiais Necessários

- Bandeja;
- Talheres descartáveis;
- Papel toalha;
- Copo descartável;
- Cadeira;
- Mesa de apoio;

- Luva de procedimento.

7. Descrição da Técnica

1. Identificar a adequação da alimentação às necessidades do paciente;
2. Observar o condicionamento e a temperatura adequada dos alimentos ofertados;
3. Avaliar o nível de consciência para definir se o paciente tem condições de receber alimentação por via oral;
4. Oferecer alívio adequado à dor antes das refeições, conforme prescrição;
5. Verificar presença de prótese dentária e se está bem ajustada;
6. Identificar a presença do reflexo de deglutição, se necessário;
7. Orientar o paciente para manter-se em posição ereta, com a cabeça e o pescoço levemente flexionados para frente, durante a alimentação;
8. Proteger o paciente com papel toalha, conforme apropriado;
9. Pedir ao paciente para indicar o término da refeição, conforme apropriado;
10. Oferecer água após os alimentos, se desejado;
11. Providenciar canudo para bebida, se necessário ou solicitado;
12. Supervisionar o paciente durante a refeição;
13. Postergar a alimentação se o paciente estiver fatigado;
14. Orientar higiene pessoal antes e após a refeição;
15. Registrar no prontuário alguma intercorrência.

8. Recomendações/Observações

- Fornecer um ambiente que promova a ingestão nutricional inclui manter um local livre de odores, proporcionar a higiene oral, quando necessária, para remover os sabores desagradáveis e manter o conforto do paciente;
- Avalie o risco de aspiração pelo paciente. Pessoa em alto risco de aspiração é aquela com nível reduzido de vigilância, engasgo e/ou reflexo de tosse reduzido, dificuldade para controlar a saliva ou com disfagia, sendo necessário um período de repouso de 30 minutos antes de comer. Posicione-o em pé, sentado em uma cadeira ou com a cabeceira da cama a 90 graus. Faça-o flexionar levemente a cabeça para uma posição de queixo para baixo para ajudar a prevenir a aspiração. Se o paciente apresentar fraqueza unilateral, ensine a ele e ao cuidador a colocar o alimento no lado mais forte da boca. Determine a viscosidade dos alimentos que o paciente tolera mais. Alimente lentamente o paciente com disfagia, que morde tamanhos reduzidos de comida, e permita que o paciente mastigue rigorosamente e engula o alimento antes da próxima mordida;

- Os pacientes com dificuldades visuais são capazes de se alimentar de modo independente quando recebem informação adequada.

Procedimento Operacional Padrão

1.11 PASSAGEM DE PLANTÃO

1. Objetivo

- Transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência de enfermagem direta e/ou indireta ao paciente durante o turno de trabalho, bem como assuntos de interesse institucional.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- É um importante instrumento de trabalho para organização e planejamento dos cuidados de enfermagem, visando a padronização da passagem de plantão da equipe de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Ocorre durante as trocas de plantão da equipe de enfermagem (noturno para diurno / diurno para noturno / noturno para matutino / matutino para vespertino / vespertino para noturno).

6. Materiais Necessários

- Prontuário físico ou prontuário eletrônico;
- Livro ata de registro de ocorrências do plantão, de registro dos pacientes internos e de controle da cautela de medicamentos;
- Quadro de identificação dos pacientes admitidos no acolhimento noturno, se houver.

7. Descrição da Técnica

1. Verificar a organização da unidade;
2. Avaliar cada paciente, no que se refere aos aspectos biopsíquicos, registrando as informações de forma sucinta e objetiva, considerando:
 - a) Estado clínico geral do paciente e sua evolução;
 - b) Medicamentos de alta vigilância;
 - c) Condutas adotadas e cuidados específicos;
 - d) Exames laboratoriais alterados e condutas efetuadas;
 - e) Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos;
 - f) Possíveis intercorrências e/ou pendências;
 - g) Organização da unidade;
 - h) Condutas psicossociais adotadas pela equipe multiprofissional.
3. Antes do fechamento do plantão, reavaliar os pacientes admitidos no acolhimento noturno e em plano terapêutico singular intensivo;
4. Registrar no livro ata as informações referentes aos os acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de interesse institucional, com letra legível;
5. Assinar e facultativamente carimbar (número de matrícula e COREN-DF) todas as anotações;
6. Aguardar o profissional que receberá o plantão;
7. Transmitir de forma verbal e escrita ao profissional que irá receber o plantão as informações de cada paciente, assim como as demais intercorrências da unidade.

8. Recomendações/Observações

- Caso, imprevisivelmente, o profissional que receberá o plantão não for capaz de comparecer, deverá ser comunicado o incidente à chefia imediata que buscará solucionar a ocorrência (acionar outro servidor para a cobertura do plantão integral, ou, se for noturno para diurno, manter o profissional do plantão finalizado, respeitando o máximo de dezoito horas de plantão, no aguardo da chegada do novo servidor que o substituirá).

Procedimento Operacional Padrão

1.12 BUSCA ATIVA

1. Objetivos

- Verificar os motivos da ausência do paciente e familiares ao tratamento e acompanhamento proposto no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e sensibilizá-los para o retorno ao serviço, caso ainda exista demanda.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e domicílio do paciente quando se tratar de visita domiciliar.

5. Descrição do Procedimento

- Identificar os pacientes que estão ausentes ao acompanhamento profissional multidisciplinar, por período a ser definido pela equipe, de acordo com a gravidade e/ou vulnerabilidade do caso.

6. Materiais Necessários

- Prontuário físico ou eletrônico;
- Aparelho telefônico;
- Veículo institucional;

7. Descrição da Técnica

Busca ativa por telefone

1. Verificar no prontuário do paciente a falta de adesão ao acompanhamento, se tem apresentado faltas recorrentes e ausência do acompanhamento por período a ser definido pela equipe como necessário para se realizar a busca ativa;

2. Realizar ligação telefônica, buscando prioritariamente ouvir o paciente e/ou familiar responsável e compreender os motivos para a não adesão ao acompanhamento;
3. Atualizar dados cadastrais do paciente, como telefones e endereço;
4. Orientar retorno ao serviço, buscando um horário compatível com a disponibilidade do paciente e/ou familiar, tendo em vista à retomada do vínculo e realização de novo Projeto Terapêutico Singular (PTS), levando em consideração as dificuldades e possibilidades apresentadas;
5. Realizar registro no prontuário do paciente e outros instrumentos de registro utilizados pela instituição todas as informações do contato telefônico, assim como as tentativas sem sucesso e programar novo contato em outro momento;
6. Em caso de recorrentes tentativas de contato telefônico sem sucesso e de acordo com a gravidade ou vulnerabilidade do paciente, discutir o caso em equipe e programar visita domiciliar e/ou notificar a não adesão ao tratamento aos órgãos que se fizer necessário.

Busca ativa por meio de visita domiciliar

1. Verificar no prontuário do paciente a falta de adesão ao acompanhamento, se tem apresentado faltas recorrentes e ausência do acompanhamento por período a ser definido pela equipe como necessário para se realizar a busca ativa. Verificado também registros de busca ativa por contato telefônico ou não comparecimento ao serviço mesmo após agendamento por telefone;
2. Discutir em equipe e decidir se a visita domiciliar ocorrerá sem prévia comunicação ao paciente e/ou familiares, podendo não ser encontrado ninguém na residência, ou se será feita prévia tentativa de contato telefônico para agendamento da visita;
3. Programar com a equipe o horário para a realização da visita, devendo ser com no mínimo dois profissionais, preferencialmente profissional de nível superior acompanhado por técnico de enfermagem, que tenham algum vínculo ou conhecimento das demandas do paciente e família;
4. De acordo com a rotina do serviço, verificar disponibilidade de condutor e veículo institucional para a realização da visita domiciliar;
5. Ao chegar à residência, agir de forma natural com o paciente e familiares, ouvindo as queixas e demandas que estão dificultando a adesão ao tratamento. Aproveitar a oportunidade para verificar in loco a dinâmica familiar, condições de vulnerabilidade e outros agravos de saúde que porventura estejam presentes;
6. Atualizar os dados cadastrais do paciente, como telefones e endereço;
7. Orientar quanto à importância do tratamento e retorno ao serviço, buscando um horário compatível com o do paciente e/ou familiar, tendo em vista à retomada do

vínculo e realização de novo PTS, levando em consideração as dificuldades e possibilidades apresentadas;

8. Após a visita domiciliar discutir o caso e o plano terapêutico com toda equipe, as melhores alternativas de acompanhamento ao paciente e/ou família, buscando o melhor vínculo e adesão;
9. Realizar o registro da visita domiciliar e as orientações realizadas ao paciente em seu prontuário.

8. Recomendações/Observações

- A busca ativa também acontece em casos de pacientes residentes na área de abrangência do serviço, quando encaminhados diretamente por outros órgãos, como Tribunais de justiça, Defensoria Pública, Ministério Público, Conselhos Tutelares;
- Avaliar a necessidade de levar materiais para verificação de sinais vitais (esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro) e materiais para administração de medicamentos, a considerar as vias de administração.

Procedimento Operacional Padrão

1.13 VISITA DOMICILIAR

1. Objetivos

- Proporcionar assistência e promoção à saúde em domicílio, dentro da área de abrangência do serviço, a fim de conhecer o ambiente familiar do paciente visando à criação de vínculos, adesão ao tratamento, fortalecimento do autocuidado e responsabilização da família.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Domicílio do paciente.

5. Descrição do Procedimento

- A visita domiciliar é um método de atenção em saúde coletiva voltado para o atendimento ao indivíduo e/ou à família que é prestada nos domicílios visando a maior equidade da assistência em saúde.

6. Materiais Necessários

- Veículo institucional;
- Prontuário físico ou prontuário eletrônico;
- EPI;
- Receituários e formulários, de acordo com a rotina adotada pela instituição;
- Caso necessário: materiais para aferição de sinais vitais, glicemia e administração de medicamentos.

7. Descrição da Técnica

1. Verificar no prontuário do paciente quem solicitou e o motivo da visita domiciliar (falta de adesão ao acompanhamento, faltas recorrentes, criação de vínculo, questões clínicas e/ou urgência);
2. Discutir com a equipe e programar a data e horário, o plano a ser executado e as responsabilidades de cada membro que for à visita;
3. Avaliar a necessidade de contato prévio com o paciente e a família;
4. Verificar a disponibilidade de transporte e realizar a reserva para data programada pela equipe e confirmada com o paciente e/ou familiar;
5. Verificar se os dados dos pacientes estão corretos (endereço e telefone) e atualizar dados cadastrais, caso necessário;
6. Registrar no prontuário do paciente a data, horários e profissionais que realizaram a visita domiciliar agendada ou a tentativa de visita sem sucesso e programar novo contato em outro momento;
7. Ler prontuário e/ou registros do paciente que se façam necessários antes da visita a fim de entender a demanda e/ou conversar com técnico de referência;
8. Avaliar, orientar e adotar procedimentos terapêuticos ao paciente conforme plano estabelecido;
9. Verificar se o paciente está fazendo uso correto de sua medicação e sinais vitais, caso necessário;
10. Avaliar condições gerais do domicílio e vulnerabilidade;
11. Trabalhar relações familiares na busca de vínculo junto ao serviço, otimizando condições para um ambiente familiar terapêutico, construindo e/ou fortalecendo uma rede de apoio;
12. Orientar familiares sobre sinais de gravidade e como agir em caso de emergência;
13. Registrar no prontuário de todas as informações coletadas do paciente e seus familiares, bem como as ações e as orientações realizadas durante a visita;
14. Discutir o caso em equipe o atendimento realizado ou as tentativas de visita domiciliar sem sucesso e notificar aos órgãos que se fizer necessário.

8. Recomendações/Observações

- Esse procedimento não é privativo da equipe de enfermagem, podendo ser realizado por qualquer profissional da equipe multidisciplinar, preferencialmente com a participação do técnico de referência e/ou profissional com bom conhecimento das demandas e vínculo com o paciente e família;
- Estar disponível para esclarecer e orientar o paciente e familiares sempre que solicitado;

- Monitorar o estado de saúde do paciente facilitando a comunicação entre família e equipe;
- Recomenda-se realizar a visita com pelo menos dois membros da equipe.

1.14 CAUTELA DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA

1. Objetivos

- Controle do estoque de medicações psicotrópicas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiro e farmacêutico.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Realização de contagem dos psicotrópicos e também reposição do estoque de medicamentos.

6. Materiais Necessários

- Caneta;
- Papel;
- Impressos (formulários e check-list próprio).

7. Descrição da Técnica

1. Higienizar as mãos;
2. Verificar a data de validade, dose, apresentação e integridade dos medicamentos;
3. Verificar a higiene e a limpeza das gavetas;
4. Utilizar o check-list próprio para conferência das medicações e caso ocorram retiradas ou reposições, anotar em instrumento próprio;
5. Garantir que o local esteja trancado, quando não estiver em uso;

6. Realizar a reposição de medicações que estejam faltando na cautela.

8. Recomendações/Observações

- Os psicotrópicos devem permanecer em local fechado, seguro, exclusivo e com chave;
- A chave deve permanecer no setor por 24h, junto ao enfermeiro, caso, o mesmo se ausente, a chave deve permanecer com o técnico/auxiliar de enfermagem;
- A conferência das medicações deve ser feita a cada recebimento de plantão;
- As planilhas da contagem de psicotrópicos devem ser guardadas por 3 (três) meses;
- Os medicamentos psicotrópicos só poderão ser administrados mediante prescrição médica e a reposição da cautela só será realizada diante da apresentação das prescrições médicas à farmácia;
- Caso seja utilizado, o psicotrópico que esteja no estoque, tal fato, deve ser registrado na planilha específica para tal fim, E solicitar a reposição, caso seja possível. Se não for possível, passar para o próximo plantão, a fim de sanar a pendência;
- Após abertura de frascos que contenham medicações que sejam em gotas, xaropes, devem ser identificados com etiqueta, descrevendo data de abertura do mesmo.

2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

2.1 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

1. Objetivos

- Promover reanimação cardiopulmonar (RCP) utilizando manobras de suporte básico e avançado de vida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Associação de técnicas de compressão torácica, abertura de vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação que define a sequência primária de ações para salvar vidas.

6. Materiais Necessários

- Luva de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Prancha/tábua de compressão;
- Carro de emergência;
- Laringoscópios;
- Desfibrilador;
- Fonte de oxigênio.

7. Descrição da Técnica

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar máscara, óculos e luvas de procedimento;
3. Aproximar o carro de emergência e desfibrilador;
4. Providenciar contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (192) para ajuda no atendimento do paciente;
5. Isolar a maca do paciente com biombo caso haja outros na sala. Se tiver acompanhante, solicitar que aguarde na sala de espera;
6. Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
7. Se o paciente não estiver sobre uma superfície rígida e plana, colocar a prancha/tábua de compressão sob o tórax do paciente ou instalar o ressuscitador automatizado quando disponível;
8. Designar um profissional para providenciar acesso venoso permeável e de grande calibre;
9. Monitorizar o paciente e identificar o ritmo de parada;
10. Iniciar a sequência adequada de procedimentos (C-A-B): C – para reduzir o tempo até a primeira compressão, deve-se iniciar a RCP com 30 compressões torácicas. (Se 2 socorristas para bebê ou criança, aplicar 15 compressões); A – após compressões torácicas, abrir a via aérea com inclinação da cabeça/elevação do queixo ou anteriorização da mandíbula; B – fazer 2 ventilações de modo que o tórax se eleve e, após, reiniciar imediatamente as compressões torácicas;
11. Desfibrilar imediatamente em casos que houver indicação (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular), conforme orientação médica.

Ressuscitação em Equipe

- 1 socorrista: aciona o serviço de emergência/urgência;
- 1 socorrista: inicia as compressões torácicas;
- 1 socorrista: aplica ventilações ou busca a BVM;
- 1 socorrista: busca e configura um desfibrilador.

Compressões Cardíacas

1. Comprimir, com firmeza, força, rapidez e continuamente, mantendo os braços estendidos e posicionando as mãos entrelaçadas sobre o esterno e entre os mamilos (caso de paciente adulto) a uma frequência mínima de 100 a 120 compressões/minuto, permitindo que o tórax recue totalmente após cada compressão. Realizar cinco ciclos de 30 compressões para 2 ventilações em adultos

- (1 ou 2 socorristas); 30:2 em criança/bebê (1 socorrista) e 15:2 em criança/bebê (2 socorristas). Alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos;
2. Durante RCP, com via aérea avançada em posição, não se deve mais aplicar ciclos de compressão com pausas para ventilação;
 3. A cada 2 minutos, proceder a palpação do pulso carotídeo ou femoral, verificar coloração da pele, respiração e reações do paciente.

Ventilação Artificial

1. Solicitar a ajuda de uma pessoa para iniciar a ventilação artificial, com ressuscitador pulmonar manual (BVM) conectando-o à rede de oxigênio a um fluxo de 15 litros (de oxigênio) por minuto;
2. Retirar prótese dentária, se houver;
3. Realizar manobra de abertura das vias aéreas com hiperextensão da cabeça (exceto em suspeita de lesão cervical quando deverá ser usada a manobra de tração da mandíbula sem inclinação da cabeça);
4. Adaptar o dispositivo BVM à boca e nariz do paciente, conectar ao oxigênio, enquanto é providenciada a intubação traqueal (se necessária). A máscara é posicionada com o seu polegar e dedo indicador, fazendo um “C”, enquanto os demais dedos da mesma mão são usados para manter a cabeça em posição adequada levantando a mandíbula ao longo da sua porção óssea. Os dedos restantes devem formar um “E”;
5. Realizar duas ventilações a cada 30 compressões (adulto com 1 ou 2 socorristas e criança/bebê com 1 socorrista) e duas ventilações a cada 15 compressões (criança e bebê com 2 socorristas). Em paciente com via aérea avançada em posição (máscara laríngea, com bitubo ou tubo endotraqueal), aplicar ventilações a uma frequência de 10 ventilações/minuto (uma ventilação a cada 6 segundos) sem interrupção das compressões.

Desfibrilação/Monitorização

1. Se a avaliação primária revela que o paciente não tem pulso, um DEA/Desfibrilador deve ser conectado rapidamente ao paciente. A RCP deve ser aplicada imediatamente e usar o DEA/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível. Recomenda-se um só choque acompanhado de RCP imediata por 2 minutos, até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo cardíaco;
2. As pás manuais ou os eletrodos descartáveis devem ser posicionados sobre o tórax desnudo, de acordo com as instruções do fabricante, podendo estar identificados de acordo com sua posição no tórax (esterno/ápice, frente/dorso), ou de acordo com sua polaridade (positiva-negativa);
3. Utilizar gel condutor, pasta ou eletrodos preenchidos com gel;

4. Ligar o DEA/desfibrilador e verificar a presença de um ritmo passível de choque no monitor;
5. Selecionar o nível adequado de energia de 360J;
6. Solicitar que todos os envolvidos no procedimento se afastem do paciente/maca;
7. Disparar o choque;
8. Caso sejam utilizadas as pás certifique de que seja aplicada uma firme pressão (cerca de 13 Kg) em cada pá;
9. Checar o pulso, se existir um ritmo organizado ao monitor e houver a presença de pulso, verificar a pressão arterial e outros sinais vitais do paciente e iniciar cuidados pós-ressuscitação;
10. Caso exista um ritmo organizado no monitor, mas não haja pulso (AESP), ou se o ritmo for assistolia, reiniciar a RCP, considerar as possíveis causas da parada e administrar as medicações e outros cuidados emergenciais.

8. Recomendações/Observações

- Uma RCP de boa qualidade contempla: fazer compressões fortes (5 cm ou 2 polegadas), permitir que o tórax retorne completamente após cada compressão, minimizar as interrupções nas compressões torácicas e evitar a hiperventilação;
- A aplicação de ventilações muito rápidas ou com muita força desloca o ar para o estômago, causando distensão gástrica. Isto pode gerar complicações graves, como: vômitos, aspiração e pneumonia;
- Se não há certeza de que a vítima tem pulso, iniciar os passos de RCP. Uma RCP desnecessária é menos prejudicial que não realizar a RCP;
- A hiperventilação pode piorar a evolução da parada cardíaca, reduzindo o retorno venoso para o coração e diminuindo o fluxo sanguíneo durante a compressão torácica;
- Em bebês (com menos de 1 ano de idade), é preferível um desfibrilador manual. Se não houver um desfibrilador manual disponível, aconselha-se um DEA com atenuação de carga pediátrica;
- Após aplicação do choque (desfibrilação), a monitorização do ECG pelas pás e eletrodos de gel pode mostrar uma falsa assistolia com duração de até 3 a 4 minutos, havendo necessidade de confirmação da assistolia utilizando-se eletrodos de ECG em substituição as pás;
- Drogas IV administradas em bolus na parada cardíaca devem ser seguidas de um flush de 20 ml de SF 0,9%;
- Há que se envidarem esforços para punção de um acesso venoso calibroso, caso o paciente ainda não o tenha;

- O soco precordial não deve ser usado em PCR extra-hospitalar não presenciada. Poderá ser considerado para pacientes com taquicardia ventricular (TV) instável (inclusive TV sem pulso) presenciada e monitorizada se não houver um desfibrilador imediatamente pronto para uso. No entanto, ele não deverá retardar a RCP nem a aplicação dos choques.

3. TÉCNICAS PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA:

3.1 ROTINAS DE ATIVIDADES NA SALA DE MEDICAÇÃO

1. Objetivo

- Padronizar o processo de trabalho da sala de medicação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Rotinas da Sala

1. Realizar a limpeza concorrente no início do turno;
2. Higienizar as mãos;
3. Checar carro de emergência: a reposição e controle de medicamento do carro de emergência é de responsabilidade do técnico/auxiliar de enfermagem;
4. Repor medicamentos e materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
5. Verificar a data de validade dos medicamentos e insumos uma vez por semana (ANEXO I);
6. Encaminhar o paciente para cadastro do cartão SES/DF e SUS caso seja necessário;
7. Perguntar se o paciente possui algum tipo de alergia, caso tenha, solicitar parecer do prescritor sobre a administração segura;
8. Perguntar se já fez uso da medicação e informar sobre os efeitos colaterais;

9. Higienizar as mãos;
10. Preparar a medicação conforme prescrição; a prescrição deve ser escrita em caligrafia legível, sem emendas ou rasuras, em duas vias e deverá conter:
 - Identificação da unidade de saúde responsável pela emissão da prescrição ao paciente;
 - Nome completo do paciente;
 - Nome do medicamento, pela Denominação Comum Brasileira (DCB);
 - A concentração, a forma farmacêutica, a posologia e a quantidade do medicamento (em algarismos arábicos) suficiente para o tratamento prescrito;
 - Duração do tratamento;
 - Data da emissão;
 - Assinatura manual do prescritor e carimbo contendo nome completo e número de inscrição no respectivo Conselho Regional de Classe. Na falta do carimbo, este poderá ser substituído pelo nome legível do profissional por extenso, número de inscrição no Conselho Regional de Classe e sua assinatura.
11. Administrar a medicação;
12. Descartar o perfuro cortante em recipiente próprio;
13. Higienizar as mãos;
14. Checar a administração do medicamento e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
15. A via original da prescrição deve ser checada e devolvida ao paciente e a cópia deve ser retida para fins de comprovação de movimentação da cautela de medicamentos da sala de medicação. A equipe responsável pela sala deve solicitar à farmácia a reposição da cautela mediante a apresentação das receitas;
16. Realizar a limpeza no balcão, cadeira/maca após cada paciente;
17. Solicitar no final do período solicitar ao profissional da higiene a limpeza e desinfecção da sala. Na presença de matéria orgânica e balde de lixo cheio solicitar ao profissional da higiene a limpeza e retira do lixo respeitando as cores para o descarte correto: lixo simples (saco de lixo preto ou transparente); lixo contaminado (branco leitoso com o símbolo de infectado).

6. Atenção às especificidades

- Quando se tratar de antimicrobianos, a primeira dose ou dose única deverá ser administrada em até 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão da receita. Em casos com duração de tratamento superior a receita é válida durante todo o tempo

de tratamento definido. Após a aplicação, registrar na própria receita a data de administração e aprazar a próxima dose;

- Quando se tratar de medicamento para uso imediato, deverá ser administrado na data da prescrição. Caso o paciente compareça à unidade em dia divergente da prescrição este deverá passar por uma avaliação médica para avaliação da persistência da necessidade de uso.

7. Recomendações/Observações

- Somente administrar medicação com prescrição - observar a data de vigência
- Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual (EPI);
- Não administrar medicação em caso de identificação de erros ou ilegibilidade;
- Lembrar-se dos 09 CERTOS da administração de medicamentos:

I. Paciente certo

Deve-se perguntar ao paciente e/ou seu acompanhante o nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.

Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional, tal como: “Por favor, diga-me o seu nome completo”.

Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao nome identificado na pulseira; no leito e/ou no prontuário.

II. Medicamento certo

Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado. Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito. Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe

Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

Importante: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

III. Via certa

Identificar a via de administração prescrita. Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento. Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa

Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos e outros).

Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.

Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.

Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento. Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

Importante: informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

IV. Hora certa

Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.

Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.

A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

V. Dose certa

Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada. Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.

Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.

Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.

Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

VI. Registro certo

Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.

Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. Orientação certa

Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

VIII. Forma certa

Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.

Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

IX. Resposta certa

Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.

Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador. Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual.

Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar, entre outros).

3.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO OCULAR

1. Objetivo

- Padronizar a rotina para administração de medicamentos via ocular nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

4. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem

5. Materiais

- Prescrição;
- Colírio ou pomada oftalmológica;
- Gazes.

6. Descrição do Procedimento

Apresentação: Colírio

1. Checar prescrição (data, nome do paciente e dose vide “POP Rotina de Atividades da Sala de Medicação”);
2. Reunir o material;
3. Higienizar as mãos;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;

6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva;
7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
8. Higienizar as mãos;
9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;
10. Registrar em prontuário e sistema de informação vigente;
11. Manter ambiente limpo e organizado.

Apresentação: pomada

1. Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e aplicar com o próprio tubo a pomada;
2. Pedir para o paciente fechar os olhos;
3. Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior.

3.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

1. Objetivo

- Administrar medicações com apresentação em cápsulas, suspensão, gotas, comprimidos e pós que serão absorvidos pelo trato gastrointestinal nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

4. Responsáveis

- Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem.

5. Materiais

- Copos descartáveis;
- Esmagador de pílulas (opcional);
- Conta-gotas;
- Papel toalha;
- Canudinho, se necessário;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico ou impresso).

6. Descrição do Procedimento

1. Avaliar e conferir a prescrição;
2. Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via conforme os “9 Certos” (“POP sala de medicação”);
3. Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose normal e via de administração, efeitos colaterais, tempo de início e pico de ação e implicações para a enfermagem;

4. Investigar qualquer contraindicação como incapacidade de engolir, náuseas/vômitos, inflamação no intestino ou peristaltismo reduzido, cirurgia gastrointestinal recente, aspiração gástrica e diminuição do nível de consciência;
5. Avaliar o histórico de saúde e de alergias do paciente;
6. Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento;
7. Higienizar as mãos;
8. Selecionar o medicamento do estoque;
9. Verifique nome, dose e data de validade do produto;
10. Derramar a quantidade necessária dos comprimidos e/ou cápsula na tampa do frasco e transfira a medicação para o copo descartável sem tocá-la;
11. Retornar o excesso para o frasco;
12. Verificar novamente os 9 Certos antes da administração;
13. Explique a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente, esclarecendo-o de possíveis dúvidas;
14. Entregar o copinho com o medicamento e um copo com água ao paciente;
15. Observar o paciente até que termine de deglutir o medicamento;
16. Pedir para o paciente abrir a boca, quando não tiver certeza se o medicamento foi engolido;
17. Recolher o material e desprezar os descartáveis;
18. Higienizar as mãos;
19. Checar a administração do medicamento na receita ou na prescrição eletrônica;
20. Realizar anotações de enfermagem no sistema vigente.

7. Recomendações/Observações

- Não dividir o comprimido ao meio, pois pode levar a erros de dose administrada;
- Caso não haja possibilidade de o paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído. Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa.

3.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

1. Objetivo

- Administrar medicamento/supositório nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Materiais

- Bandeja;
- Supositório ou medicamento prescrito;
- Saco plástico;
- Luva de procedimento;
- Gaze e papel higiênico;
- Comadre, se necessário;
- Biombo;
- EPI (máscara, óculos de proteção, capote descartável).

6. Descrição do Procedimento

1. Conferir a prescrição e reunir o material;
2. Conferir o nome completo do paciente e explicar o procedimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Proporcionar privacidade;
5. Colocar forro impermeável/toalha sob o paciente;
6. Colocar EPI;

7. Colocar o paciente em posição de Sim's;
8. Cobrir com lençóis para expor apenas as nádegas;
9. Entregar o supositório ao paciente e orientar a colocá-lo, se houver possibilidade, caso contrário, levantar a nádega superior do paciente com a mão não dominante e introduzir o supositório;
10. Utilizar o dedo indicador da mão dominante, inserir o supositório, lubrificado, cerca de 7,5 cm até sentir que ele ultrapassou o esfíncter anal interno;
11. Instruir o paciente a realizar várias respirações profundas pela boca;
12. Garantir o conforto do paciente, encorajá-lo a ficar tranquilo e permanecer imóvel a maior parte do tempo possível e, se necessário, reter o supositório, pressionando o ânus com uma compressa de gaze;
13. Orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento;
14. Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou colocar comadre;
15. Recolher o material em uma bandeja e encaminhar ao expurgo;
16. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
17. Remover óculos, capote, máscara e gorro respectivamente;
18. Checar o procedimento;
19. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, anotando aspecto e quantidade de evacuação.

7. Recomendações/Observações

- O supositório recomendado para aliviar uma constipação intestinal deve ser retido pelo maior tempo possível (mínimo 20 min) para mostrar-se eficaz;
- Em caso de pomadas, o aplicador também deverá ser lubrificado.

3.5 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBSCUTÂNEA

1. Objetivo

- Padronizar a administração de soluções com absorção lenta nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

3. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Materiais

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa 1 ml;
- Agulha hipodérmica para retirada do medicamento;
- Agulha hipodérmica para administração da medicação;
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito).

6. Descrição do Procedimento

1. Verificar prescrição médica;
2. Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via (9 certos);
3. Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose normal e via, efeitos colaterais, tempo de início e pico de ação e implicações para a enfermagem;

4. Investigar qualquer contraindicação como pouca massa muscular, cicatrizes ou lesões, locais edemaciados e inflamados;
5. Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente - listar de forma clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
6. Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento;
7. Higienizar as mãos;
8. Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
9. Realizar a assepsia de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
10. Aspirar o conteúdo da ampola/frasco conforme a prescrição com o cuidado de não contaminar a agulha;
11. Trocar a agulha por uma nova;
12. Organizar a área de trabalho - descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;
13. Explicar a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente (esclarecer as dúvidas que surgirem);
14. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
15. Posicionar o paciente da forma mais confortável possível;
16. Selecionar o local de aplicação;
17. Procurar desviar a atenção do indivíduo por meio de uma conversa com questionamentos abertos para aliviar a tensão;
18. Realizar a antissepsia do local com álcool a 70% e deixar secar;
19. Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro ou quarto dedo da mão não dominante;
20. Pinçar a dobra cutânea da região com o polegar e o indicador da mão não dominante.
21. Medir a dobra desde o topo até a base (a agulha deve ter a metade do comprimento);
22. Inserir a agulha de forma rápida e suave, em ângulo de 45°. Em paciente obeso, inserir a agulha a um ângulo de 90°, (a injeção “rápida como dardo” reduz o desconforto);
23. Continuar a pinçar a pele e liberar após administrar o medicamento;
24. Injetar o medicamento de forma lenta e contínua;
25. Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
26. Aplicar um algodão ou gaze no local da aplicação sem massagear;
27. Recolher todo o material, descartar os perfuro cortantes no recipiente adequado;
28. Retirar as luvas e higienizar as mãos;

29. Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

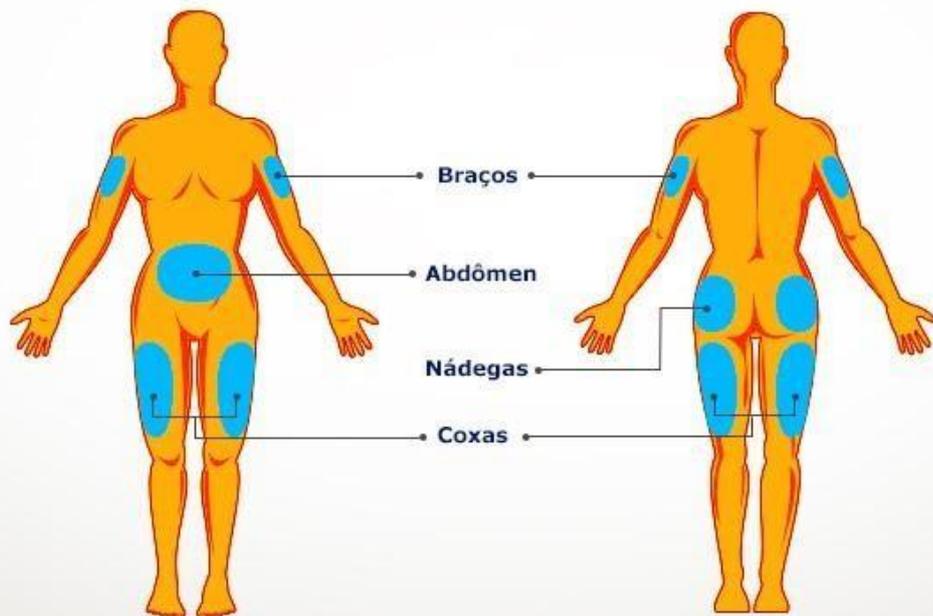
Locais Recomendados para Aplicação de Medicação Subcutânea

1. Face posterior externa do braço; abdome - desde abaixo das margens costais até as cristas ilíacas; e, faces anteriores das coxas;
 - a. O local escolhido deve estar livre de lesões cutâneas, proeminências ósseas e grandes nervos ou músculos subjacentes.
2. O rodízio das partes do corpo para uma sequência de injeções propicia maior consistência na absorção de insulina.

7. Recomendações/Observações

- Atentar para complicações por aplicação como: aparecimento de edema, rubor e dor, abscessos, embolias, lesão de nervos, necrose provocada por injeções repetidas no mesmo local e formação de tecido fibrótico;
- Não há necessidade de aspiração ao administrar injeções subcutâneas;
- Se mais de um tipo de insulina for necessário, poderá misturar dois tipos diferentes em uma mesma seringa se eles forem compatíveis. Se uma insulina regular e uma de ação intermediária forem prescritas, prepare primeiramente a regular, para evitar que ela seja contaminada pela de ação intermediária.

LOCAIS RECOMENDADOS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA



3.6 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA SUBCUTÂNEA

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para aplicação de insulina nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Finalidade do Procedimento

- Preparar e administrar o medicamento (insulina) por via subcutânea.

3. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Frasco de insulina;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Seringa de insulina de uso profissional;
- Frasco de insulina conforme prescrição médica.

7. Descrição do Procedimento

1. Verificar prescrição médica;
2. Higienizar as mãos;

3. Calçar luvas de procedimento;
4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Rolar o frasco de insulina entre as mãos para misturá-la, antes de aspirar seu conteúdo.
6. Aspirar antes a insulina de ação curta (regular) para que o frasco não se contamine com a insulina de ação intermediária (NPH), em caso de combinação de dois tipos de insulina (Vide “POP de mistura de preparo de insulinas”);
7. Definir local de aplicação, não é necessária desinfecção do local de aplicação com álcool;
8. Pinçar o local de aplicação levemente entre dois dedos e inserir a agulha completamente, em ângulo de 90 graus para adultos e 45 graus para crianças. Não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue;
9. Introduzir a insulina, mantendo a prega durante a injeção;
10. Aguardar cinco segundos após a aplicação antes de se retirar a agulha do subcutâneo, para garantir injeção de toda a dose de insulina;
11. Desprezar materiais utilizados em local apropriado;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Checar e registrar procedimento no prontuário.

8. Recomendações/Observações

- Em indivíduos muito magros introduzir agulha com ângulo de 45 graus para evitar aplicação intramuscular, com absorção mais rápida da insulina;
- É importante mudar sistematicamente o local de aplicação de insulina de modo a manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada injeção;
- As insulinas lacradas precisam ser mantidas refrigeradas entre 2°C a 8°C;
- Após aberto, o frasco de insulina pode ser mantido em temperatura ambiente para minimizar dor no local da injeção, entre 15°C e 30°C, ou também em refrigeração, entre 2°C a 8°C.

3.7 Preparo de Mistura de Insulinas NPH e Regular

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para preparo da mistura das insulinas NPH e Regular, na mesma seringa, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Finalidade do Procedimento

- Misturar as insulinas NPH e Regular para administração por via subcutânea nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

3. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Seringa de insulina;
- Frascos de insulina NPH;
- Frasco de insulina Regular.

7. Descrição do Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir as insulinas prescritas, seringa com agulhas, algodão e álcool 70%;

3. Calçar luvas de procedimento;
4. Homogeneizar a insulina NPH rolando o frasco entre as mãos, de 10 a 20 vezes antes de aspirar seu conteúdo;
5. Proceder a desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool 70%;
6. Manter o protetor da agulha;
7. Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita;
8. Injetar o ar no frasco de insulina NPH;
9. Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
10. Aspirar o ar até a graduação correspondente à dose de insulina Regular;
11. Injetar o ar no frasco de insulina Regular, virar o frasco e aspirar a insulina Regular correspondente à dose prescrita;
12. Retornar o frasco de insulina Regular para a posição inicial e retirar a agulha;
13. Posicionar de cabeça para baixo o frasco de insulina NPH, pegar a seringa que já está com a insulina Regular, introduzir a agulha e aspirar a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas;
14. Retomar o frasco para a posição inicial;
15. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação;
16. Organizar o material.

8. Recomendações/Observações

- Se a dose aspirada na seringa for maior que a soma das doses prescritas, o excesso não deve ser devolvido aos frascos. Descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com nova seringa;
- Quando cometer erros, nunca devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas. Não faça nenhum tipo de mistura sem prescrição e orientação médica;
- A injeção do ar no frasco de insulina, antes do preparo da dose, na quantidade correspondente à dose de insulina a ser aspirada do frasco, quando se usa seringa, evita a formação de vácuo. A formação de vácuo dentro do frasco dificulta a aspiração dose correta, dificulta o total aproveitamento da insulina na mesma seringa, provoca a aspiração da primeira insulina já contida dentro da seringa, para dentro do frasco da segunda de insulina a ser aspirada;
- Após aberto, o frasco pode ser mantido em temperatura ambiente entre 15°C e 30°C para minimizar dor no local da injeção ou em refrigeração, entre 2°C a 8°C.
- Não congelar a insulina;

- Após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira. Por isso, é importante anotar a data de abertura no frasco.

3.8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR

1. Objetivo

- Obter ação mais rápida do que por via oral nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Materiais

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa de 2 a 5 ml para adultos;
- Seringa de 0,5 a 1 ml para crianças pequenas;
- Agulha para aspiração de medicação;
- Agulha para administração da medicação;
- Diluente se necessário;
- Etiqueta/fita adesiva;
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito).

6. Descrição do Procedimento

1. Verificar prescrição;
2. Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via (vide “POP sala de medicação”);
3. Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose normal e via, efeitos colaterais, tempo de início e pico de ação e implicações para a enfermagem;
4. Investigar qualquer contraindicação como pouca massa muscular, cicatrizes ou lesões, locais edemaciados e inflamados;
5. Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente. Liste de forma extremamente clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
6. Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento;
7. Higienizar as mãos;
8. Selecionar o medicamento do estoque;
9. Verificar rótulo, dose e data de validade;
10. Realizar a assepsia de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
11. Realizar diluição, se necessário, com água para injeção ou diluente próprio;
12. Aspirar o conteúdo da ampola/frasco com o cuidado de não contaminar a agulha;
13. Trocar a agulha para uma nova e de calibre a tamanho apropriados;
14. Utilizar a etiqueta/fita adesiva para rotular a medicação preparada, anotando o nome do paciente, o nome da medicação, a dose e a via de administração;
15. Organizar a área de trabalho;
16. Descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;
17. Explicar a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente;
18. Esclarecer as dúvidas que surgirem;
19. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
20. Posicionar o paciente da forma mais relaxada possível, para reduzir a tensão muscular;
21. Selecionar um local de injeção adequado, utilizando os pontos anatômicos;
22. Procurar desviar a atenção do indivíduo por meio de uma conversa com questionamentos abertos para aliviar a tensão;
23. Realizar a antissepsia do local com álcool a 70 % e deixar secar;
24. Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro ou quarto dedo da mão não dominante;
25. Posicionar a mão não dominante logo abaixo do local a ser furado e puxar a pele para baixo e lateralmente com o lado ulnar da mão, a fim de administrar uma técnica em Z (Z-track). Esse método evita o retorno da medicação;

26. Inserir a agulha de forma rápida e suave, com a agulha em angulação de 90° e bisel voltado para o lado (a injeção “rápida como dardo” reduz o desconforto);
27. Segurar a parte inferior do tubo da seringa com a mão não dominante enquanto a mão dominante se desloca para segurar o êmbolo;
28. Puxar o êmbolo para se certificar que a agulha não está em um vaso sanguíneo;
29. Injetar o medicamento de forma lenta e contínua;
30. Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
31. Comprimir o local com o algodão ou gaze sem massagear;
32. Recolher todo o material, descartar os perfuro cortantes no recipiente adequado;
33. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
34. Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

Capacidade - deltoide

- Até 2 ml;
- Contraindicado para crianças de 0 a 10 anos; pacientes de pequeno aporte muscular; idosos; pacientes com parestesia ou paralisia dos membros superiores; paciente submetido à mastectomia e/ou esvaziamento cervical.

Capacidade - dorso-glútea

- Até 5 ml;
- Contraindicada para crianças menores de 2 anos; idosos; pacientes com atrofia dos músculos da região, parestesia de MMII e lesões vasculares de MMII.

Capacidade – vasto lateral da coxa

- Até 4 ml.

Capacidade - ventro-glútea

- Até 4 ml

7. Recomendações/Observações

- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local;
- Atentar para complicações por aplicação como: lesões no músculo, nervos e vasos por falha técnica; administração de substâncias irritantes ou com pH diferente; alterações orgânicas por reação do medicamento; embolia por injeções em veias e artérias glúteas e alergias.

3.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA

1. Objetivo

- Administração da droga diretamente na veia para se obter ação imediata a ser realizada dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local De Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Materiais

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa;
- Agulha para preparo do medicamento;
- Cateter venoso periférico (agulhado ou sobre agulha);
- Equipo se infusão de grande volume;
- Soro fisiológico ou diluente específico;
- Etiqueta/fita adesiva;
- Esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico;
- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito).

6. Descrição do Procedimento

1. Verificar prescrição;
2. Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via (9 CERTOS);
3. Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose normal e via, efeitos colaterais, tempo de início e pico de ação e implicações para a enfermagem;
4. Investigar qualquer contraindicação como queimaduras, feridas extensas e irritações nos locais de aplicação;
5. Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente. Listar de forma extremamente clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
6. Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento;
7. Higienizar as mãos;
8. Selecionar o medicamento do estoque. Verificar rótulo, dose e data de validade;
9. Realizar a assepsia de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
10. Aspirar o conteúdo da ampola/frasco com o cuidado de não contaminar a agulha;
11. Diluir a medicação conforme a prescrição e/ou recomendação;
12. Trocar a agulha utilizada para preparo da medicação por um cateter venoso periférico agulhado ou sobre agulha caso precise ser conectado a um equipo para infusão de grande volume;
13. Utilizar a etiqueta/fita adesiva para rotular a medicação preparada, anotando o nome do paciente, o nome da medicação, a dose, a via e o tempo de infusão da medicação;
14. Colocar a medicação preparada sobre uma bandeja limpa;
15. Limpar a área de trabalho. Descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;
16. Explicar a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente. Esclarecer as dúvidas que surgirem;
17. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
18. Posicionar o paciente da forma mais confortável possível;
19. Selecionar o local de punção;
20. Procurar desviar a atenção do paciente por meio de uma conversa com questionamentos abertos para aliviar a tensão;
21. Realizar a antissepsia do local com álcool a 70 % e deixar secar;
22. Garrotear o membro acima da articulação anterior da região escolhida para punção e realizar a punção;
23. Retrair o êmbolo da seringa até que flua uma pequena quantidade de sangue;
24. Soltar o garrote;

25. Se estiver utilizando cateter venoso periférico sobre agulha, retirar a agulha e conectar o equipo ao dispositivo e fixar o cateter com esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico;
26. Injetar a medicação conforme velocidade recomendada;
27. Observar sinais de infiltração, queixas de dor ou desconforto no paciente;
28. Retirar o dispositivo após o término da medicação;
29. Aplicar um algodão ou gaze no local e fixar com esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico por 2 minutos;
30. Recolher todo o material, descartar os perfuro cortantes no recipiente adequado;
31. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
32. Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

7. Observação

- Atentar para complicações por aplicação como: risco de reações alérgicas e intoxicações, choque, embolia gasosa, flebite, esclerose da veia, hematoma, infiltração medicamentosa e abscesso.

3.10 ADMINISTRAÇÃO DE BENZILPENICILINA BENZATINA

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento de administração de benzilpenicilina benzatina nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

3. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Frasco ampola da benzilpenicilina benzatina;
- Água destilada;
- Seringa;
- Agulha (para diluição);
- Agulha (para administração);
- Algodão;
- Solução antisséptica;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica.

6. Descrição do Procedimento

1. Checar prescrição médica (vide “POP sala de medicação”);

2. Perguntar ao paciente e/ou acompanhante se possui algum tipo de alergia ou se já apresentou alguma reação alérgica relacionada à administração de benzetacil ou outro medicamento;
3. Reunir todo o material necessário ao procedimento na bandeja ou cuba rim;
4. Checar o rótulo, a dose e validade do medicamento;
5. Promover privacidade ao paciente;
6. Explicar o procedimento;
7. Higienizar as mãos;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Colocar máscara cirúrgica;
10. Realizar a diluição do medicamento no frasco-ampola com água destilada;
11. Aspirar o medicamento com agulha de maior calibre;
12. Trocar a agulha para a aplicação;
13. Posicionar o paciente em decúbito ventral;
14. Eleger o local de administração (quadrante superior externo do glúteo);
15. Realizar a antisepsia do local;
16. Pinçar o músculo entre os dedos indicador e polegar, realizando uma prega, preferencialmente com a mão não dominante;
17. Introduzir a agulha no centro do quadrante selecionado previamente pinçado, em ângulo de 90° (reto) em relação à pele, com bisel voltado para o lado e com movimento firme, porém delicado;
18. Soltar a prega realizada na musculatura;
19. Aspirar a seringa para certificar que não há refluxo de sangue, caso haja, desprezar medicação, preparar outra dose para aplicação;
20. Injetar a medicação de forma lenta e contínua na musculatura;
21. Retirar a agulha e comprimir o local da aplicação com algodão seco a fim de realizar hemostasia;
22. Solicitar que o paciente aguarde alguns minutos deitado até que se sinta bem para se levantar e deambular;
23. Reunir o material, descartar o que for necessário em local apropriado;
24. Retirar as luvas e máscara;
25. Higienizar as mãos;
26. Checar a medicação na prescrição médica;
27. Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

7. Recomendações/Observações

- Após a aplicação da medicação, o paciente deverá aguardar cerca de 30 minutos a fim de se observar possíveis reações anafiláticas;
- Em caso de reações anafiláticas deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências;
- Para administração da benzetacil nos CAPS, a unidade deverá possuir todos os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de urgências e emergências;
- A escolha do calibre da agulha para administrar a medicação deverá ser selecionada de acordo com a idade do paciente e espessura do tecido subcutâneo;
- Para aplicação da benzetacil nos CAPS, faz-se necessário treinamento para atendimento de eventuais emergências relacionadas às reações alérgicas;
- Durante a aplicação da medicação deve-se orientar o paciente a não contrair o glúteo;
- Realizar rodízio no local de administração do medicamento em casos de aplicações recorrentes ou tratamentos prolongados;
- Recomendar uso de compressa de água morna por 5 minutos, caso observe edema ou dor no local da aplicação.

3.11 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM CATETER

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para a punção venosa periférica com cateter sobre agulha nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

3. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Materiais

- Bandeja ou cuba rim para apoio;
- Luvas de procedimento;
- Solução antisséptica;
- Cateter sobre agulha de calibre adequado à rede venosa do paciente;
- Garrote;
- Bolas de algodão;
- Frasco de soro (conforme prescrição médica);
- Equipo simples;
- Identificação da solução;
- Esparadrapo, micropore ou fixação própria de acesso venoso.

6. Descrição do Procedimento

1. Higienizar as mãos;
2. Verificar na prescrição médica: nome do paciente, solução a ser infundida, volume, data e horário;
3. Separar e conferir o a solução, dose, via e prazo de validade;

4. Preencher o rótulo com o nome do paciente, volume da solução, tempo de gotejamento ou número de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo;
5. Fixar o rótulo preenchido no frasco do lado contrário ao da identificação da solução com fita adesiva;
6. Datar o equipo com o prazo de validade;
7. Conectar o equipo;
8. Preencher o equipo com a solução para a retirada do ar e pinçar;
9. Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja ou cuba rim;
10. Disponibilizar a bandeja ou cuba rim sobre a mesa de apoio;
11. Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;
12. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
13. Calçar luvas de procedimento;
14. Posicionar o paciente de maneira confortável e adequada à realização do procedimento;
15. Expor a região a ser puncionada;
16. Palpar a rede venosa para escolher o local a ser puncionado, de preferência vasos periféricos superficiais de grosso calibre e distante das articulações. Indicadas as veias: cefálica, basílica, mediana, as do antebraço e as do plexo venoso do dorso da mão; sentido distal para proximal;
17. Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico;
18. Prender o garrote acima do local escolhido (não o colocar sobre as articulações);
19. Pedir ao paciente para abrir e fechar a mão e, em seguida, mantê-la fechada;
20. Fazer a antissepsia da área usando algodão embebido em solução antisséptica, com movimentos no sentido do retorno venoso ou circular do centro para fora;
21. Tracionar a pele do paciente (no sentido da porção distal do membro) com a mão não dominante, posicionando o dedo polegar cerca de 2,5cm abaixo do local selecionado para a punção;
22. Informar ao paciente o momento da punção, solicitando que faça uma inspiração profunda;
23. Inserir a agulha com o bisel voltado para cima, até observar o refluxo do sangue;
24. Soltar o garrote e solicitar ao paciente para abrir a mão;
25. Retirar o mandril quando puncionar com cateter sobre agulha, fazendo pressão acima da ponta do cateter com o indicador da mão não dominante;
26. Conectar equipo;
27. Testar a permeabilidade do sistema;
28. Observar se não há formação de infiltração (soroma) local;

29. Fixar o cateter à pele do paciente, utilizando fixação disponível, de maneira que fique firme, visualmente estético e que não atrapalhe os movimentos;
30. Identificar no próprio curativo do cateter com dia, hora da punção, calibre do cateter utilizado;
31. Recolher o material utilizado e desprezar em local adequado;
32. Retirar as luvas;
33. Higienizar as mãos;
34. Checar procedimento e realizar anotações no prontuário do paciente e relatórios.

7. Recomendações/Observações

- O uso de cateter sobre agulha é indicado nos casos de terapia endovenosa prolongada, enquanto que o cateter periférico agulhado (scalp) é recomendado para terapia por curto período em clientes adultos e cooperativos ou para clientes pediátricos ou idosos com veias frágeis e esclerosadas;
- Contraindicações para punção venosa relacionadas ao local de punção: mastectomia, fístula arteriovenosa, linfedema, déficit motor e sensitivo, locais com lesões cutâneas;
- Caso haja dificuldade de visualização da veia, é indicado retirar o garrote e pedir ao paciente para abrir e fechar a mão várias vezes com o braço em posição pendente (para baixo) para aumentar o fluxo venoso, indica-se também, colocar bolsa de água morna sobre a região de punção para promover vasodilatação e facilitar a visualização das veias;
- Recomenda-se preferencialmente puncionar o local mais distal do membro para preservar o vaso.

4. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO:

4.1 TESTAGEM RÁPIDA DE HIV, SÍFILIS E HEPATITE

1. Objetivo

- Padronizar o processo de trabalho na testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatite nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Realização de teste sorológico realizado em período inferior a 30 minutos para diagnóstico do HIV, da sífilis e das hepatites B e C.

6. Materiais Necessários

- EPI;
- Kit de Teste Rápido para HIV, hepatite e sífilis – individuais, com manual de instruções de uso;
- Planilha para solicitação de testes (entrada e saída);
- Ficha de controle de estoque;
- Relatórios de não conformidades;
- Folha de trabalho de realização dos testes;
- Formulários para emissão de laudo diagnóstico;
- Fichas de atendimento.

7. Descrição da Técnica

Aconselhamento/pré-teste

1. Acolher o paciente, criando um ambiente de confiança e respeito com os profissionais da equipe de enfermagem, responsabilizando-se pela integralidade do cuidado, favorecendo o vínculo e a avaliação de vulnerabilidade, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (referência e contra referência);
2. Aconselhar o paciente e suas parcerias sexuais levando em conta suas expectativas, avaliação de riscos e vulnerabilidades em IST (infecções sexualmente transmissíveis), orientando-o e apoiando-o nas decisões a partir dos resultados dos testes rápidos: direitos, saúde sexual e reprodutiva, janela imunológica, especificidades e prevenção.

Aplicação do teste

1. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
2. Higienizar as mãos;
3. Paramentar com uso de EPI;
4. Iniciar a coleta de material para realização dos testes rápidos, conforme orientações do fabricante;
5. Executar o teste;
6. Interpretar o resultado:
 - a) Para os resultados REAGENTES nos casos de HIV, seguir o fluxograma preconizado de realização de teste rápido confirmatório (T2), utilizando teste de marca/fabricante diferente do teste de triagem (T1). Em caso de resultados discordantes, realizar coleta de uma amostra por punção venosa e encaminhar para realizar fluxograma específico em laboratório. Caso não tenha T2 disponível, não realizar o T1 e encaminhar para outra unidade de saúde;
 - b) Para os resultados REAGENTES nos casos de sífilis adquirida ou em gestante, seguir o fluxograma preconizado de coleta de amostra para teste não treponêmico (VDRL ou outro) e iniciar tratamento com penicilina, nas dosagens previstas nos protocolos clínicos da SES-DF ou Ministério da Saúde;
 - c) Para os resultados REAGENTES nos casos de hepatite B e C, realizar coleta de uma amostra por punção venosa e encaminhar para laboratório realizar fluxograma específico de confirmação do diagnóstico;

ATENÇÃO: somente após a realização integral dos fluxogramas é possível finalizar o diagnóstico. Portanto não é possível fornecer laudo somente com a realização dos testes de triagem.

7. Higienizar as mãos;
8. Registrar o resultado;
9. Emitir o laudo de análise conclusiva.

Aconselhamento/pós-teste

Instrumentalizar o paciente com informações que contribuem em suas decisões;

1. Responsabilizar-se pela integralidade do cuidado, favorecendo o vínculo e a avaliação de vulnerabilidade, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (referência e contrarreferência);
2. Aconselhar o paciente e suas parcerias sexuais levando em conta suas expectativas, avaliação de riscos e vulnerabilidades em DST, orientando-o e apoiando-o nas decisões a partir dos resultados dos testes rápidos: direitos, saúde sexual e reprodutiva, janela imunológica, especificidades e prevenção;
3. O aconselhamento é fundamental tanto para os casos REAGENTES como para os NÃO REAGENTES. É a oportunidade de esclarecer dúvidas, estimular a prevenção, fornecer preservativos, orientar sobre a possibilidade de profilaxia pós-exposição (PEP), oferecer imunização para hepatite B, alertar para risco de reinfecção, adesão ao tratamento, entre outros.

Após aconselhamento

1. Para os casos de HIV e hepatites B e C, encaminhar para os serviços especializados de referência da regional ou outra regional conforme a disponibilidade do paciente, para realização de exames complementares, consulta clínica e definição de esquema terapêutico;
2. Para os casos de sífilis adquirida e em gestante, realizar o manejo de acordo com o protocolo adotado pela instituição;
3. Notificar os casos detectados: Todas as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são de notificação compulsória em até 7 dias (Portaria SES-DF nº 140/16). Devem notificadas de acordo com os critérios de definição de casos previstos, com o preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) e inserção no SINAN, com encerramento nos seguintes prazos:

Doença ou agravo	CID	Prazo de encerramento (Após data de notificação)
Condiloma acuminado	A63.0	60 dias
Hepatites virais	B19	180 dias
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	B24	60 dias
Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera	Z21	60 dias
Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV	Z20.6	60 dias
HIV – Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	B24	60 dias
Infecção gonocócica do olho	A54.3	60 dias
Síndrome da ulcera genital	N48.5	60 dias
Síndrome do corrimento cervical	N72	60 dias
Síndrome do corrimento uretral	R36	60 dias
Ulcera vaginal	N76.5	60 dias
Sífilis adquirida	A53.9	60 dias
Sífilis congênita	A50.9	60 dias
Sífilis em gestante	O98.1	60 dias

8. Recomendações/Observações

- Os testes rápidos deverão ser feitos em livre demanda, obedecendo os critérios e especificidades de cada exame, no momento do atendimento;
- O exame deverá ser realizado por profissional previamente treinados. Lembrando que o aconselhamento pós-teste e o laudo deve ser reservado ao profissional de nível superior;
- Em caso de teste de HIV REAGENTE, deverá ser realizada a contraprova pelo profissional de nível superior com outro KIT de laboratório diferente, conforme

protocolo; caso REAGENTE encaminhar o paciente para o centro de referência da regional ou outra regional conforme a disponibilidade do paciente;

- Realizar testagem para HIV somente caso exista na unidade testes para contraprova.
- Notificar resultados REAGENTE para HIV no SINAN;
- Notificar resultados REAGENTE para HIV em GESTANTES no SINAN;
- O tratamento será definido de acordo com protocolo adotado pela instituição;
- Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual (EPI's);
- Fazer desinfecção do mobiliário com hipoclorito a 1%, caso haja respingos de sangue;
- As folhas de registro devem ser preenchidas e arquivadas no serviço;
- Os resultados dos testes rápidos também devem ser registrados no prontuário do paciente.

4.2 TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (TRG)

1. Objetivo

- Detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião em mulheres em idade fértil acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Testes Rápidos (TR) são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 (trinta) minutos. Além disso, são de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial;
- Na rede da SES/DF os testes rápidos de gravidez (TRG) são realizados com amostra urinária, por médicos, enfermeiros e técnico ou auxiliar de enfermagem e devem ser ofertados a todas as mulheres que buscarem atendimento com suspeita de gravidez.

6. Materiais Necessários

- Recipiente para coleta de urina;
- Etiqueta ou fita para identificação;
- Kit de teste para gravidez ou tira reagente;
- Impresso para laudo;
- Luva de procedimento.

7. Descrição da Técnica

1. Acolher a mulher com escuta qualificada para sua demanda;
2. Perguntar sobre o período de amenorreia. Não poderá ser realizado com menos de 10 dias de atraso menstrual;
3. Oferecer o frasco de coleta de urina devidamente identificado;
4. Orientar a mulher quanto à coleta: desprezar o primeiro jato e coletar dois dedos de urina do jato seguinte;
5. Orientar a mulher a retornar à sala onde está sendo atendida, levando consigo o recipiente com a urina a ser testada;
6. Receber o material e proceder à realização do exame conforme as instruções do fabricante;
7. Realizar a interpretação do exame conforme orientação do fabricante;
8. Desprezar a urina e o coletor em local apropriado;
9. Higienizar as mãos;
10. Instruir a mulher conforme o resultado obtido:
 - a) **Negativo:** aparece apenas uma faixa na região do controle;
 - b) **Positivo:** aparecem duas faixas coloridas e iguais, separadas na região do controle e do teste;
11. Ofertar testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatites, considerando a janela imunológica para cada teste;
12. Realizar anotações de enfermagem no sistema de informação vigente e prontuário.

Encaminhamentos

1. **Em caso positivo:** Realizar encaminhamento para início do pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS);
2. **Em caso negativo:** Orientar quanto aos métodos contraceptivos e encaminhar para UBS para planejamento familiar.

8. Recomendações/Observações

- Adiar a coleta de urina se a mulher utilizou creme vaginal ou se está com sangramento/menstruada;
- Colher preferencialmente a primeira urina do dia ou aguardar um intervalo de 3 (três) horas entre a micção anterior e a coleta de urina para o exame;
- Aproveitar a oportunidade para convidar o parceiro da mulher para realizar testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatites;
- Basear-se nos princípios do direito à privacidade, sigilo e confidencialidade;
- Observar aceitação do resultado e ofertar suporte emocional.

4.3 AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para realização da aferição de glicemia capilar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.

6. Materiais Necessários

- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Bandeja ou cuba rim;
- Lancetas de uso profissional;
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, compatível com o aparelho utilizado no momento.

7. Descrição da Técnica

1. Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba rim com álcool 70%;
2. Separar o material necessário na bandeja ou cuba rim;

3. Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar que higienize as mãos;
4. Higienizar as mãos;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Inserir a fita reagente no glicosímetro para ligá-lo;
7. Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
8. Com a outra mão, limpar a área com algodão limpo e seco;
9. Com a lanceta, fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente em borda lateral da polpa digital, onde a dor é minimizada;
10. Retirar a fita do glicosímetro e posicioná-la próxima ao dedo de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
11. Obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente da fita;
12. Reinsere a fita reagente no glicosímetro;
13. Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
14. Informar o resultado obtido ao paciente;
15. Desprezar a fita reagente (no lixo infectante) e a lanceta na caixa específica para material perfuro cortante;
16. Limpar o glicosímetro com algodão umedecido em álcool 70%;
17. Realizar a higienização da bandeja;
18. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
19. Registrar o valor obtido no prontuário e cartão de controle do paciente, caso houver.

8. Recomendações/Observações

- Verificar a validade da fita reagente;
- É recomendada a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas;
- Em pessoas com bom controle pré-prandial, porém com HbA1c (hemoglobina glicada) elevada, a monitorização da glicemia capilar duas horas após as refeições pode ser útil;
- Em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente;
- A glicemia capilar não é recomendada para rastreamento ou diagnóstico de DM;
- Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes.

Procedimento Operacional Padrão

4.4 PROVA DO LAÇO

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para realização da prova do laço nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- A prova do laço é um exame rápido, feito em casos de suspeita de dengue, que ajuda a identificar o risco de a pessoa estar realmente com a doença, uma vez que avalia a fragilidade dos vasos sanguíneos, que está aumentada nos casos de dengue.

6. Materiais Necessários

- Luvas de procedimento;
- Manguito;
- Régua ou fita métrica.

7. Descrição da Técnica

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir material que será utilizado;
3. Explicar o procedimento ao paciente;

4. Colocar o paciente sentado, apoiando o braço que será realizado a prova sobre uma base;
5. Posicionar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
6. Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD) / 2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100 + 60 = 160$, $160/2 = 80$; então, a média da pressão arterial é de 80 mmHg;
7. Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças;
8. Desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de maior concentração de petéquias (utilizar régua ou fita métrica);
9. Contar o número de petéquias no quadrado. A prova do laço será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças. Atentar para o surgimento de possíveis petéquias em todo o braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos;
10. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
11. Encaminhar paciente com o resultado da prova para avaliação médica na Unidade Básica de Saúde (UBS).

8. Recomendações/Observações

- A prova do laço deve ser realizada no acolhimento, obrigatoriamente, em todopaciente com suspeita de dengue que não apresente sinal de alarme e/ou choque e nem apresente sangramento espontâneo;
- A prova do laço deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa;
- Se a prova do laço se apresentar positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida;
- A prova do laço, frequentemente, pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque;
- A prova do laço pode ser realizada por todos os profissionais de enfermagem desde que capacitados, orientados e supervisionados pelo enfermeiro, entretanto, a interpretação do teste deve ser feita pelo enfermeiro.

5. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AUXILIARES:

5.1 RETIRADA DE PONTOS

1. Objetivo

- Padronizar o processo de trabalho para retirada de pontos de cirurgias básicas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Consiste no procedimento de remoção dos fios cirúrgicos com técnica asséptica, o qual pode ser retirada pode ser total ou alternada.

6. Materiais Necessários

- Pacote de retirada de pontos ou curativo;
- Lâmina de bisturi, se necessário.
- Pacote de gazes;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%.

7. Descrição da Técnica

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;

3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Abrir o pacote de curativo ou pacote para retirada de pontos;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Expor a região da retirada dos pontos;
8. Solicitar avaliação do enfermeiro caso a incisão apresente sinais de complicações;
9. Umedecer a gaze com SF 0,9% ou solução antisséptica disponível promovendo a antisepsia da área menos contaminada para a mais contaminada;
10. Verificar a cicatrização tecidual, presença de secreção e deiscência;
11. Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura ou bisturi, em um dos lados junto ao nó;
12. Realizar retirada dos pontos alternadamente;
13. Proceder à retirada total no caso de não haver alterações;
14. Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
15. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze para conferência;
16. Realizar a antisepsia da incisão da área menos contaminada para a mais contaminada;
17. Aplicar cobertura adequada, caso necessidade;
18. Encaminhar material utilizado ao expurgo;
19. Retirar luvas de procedimento;
20. Higienizar as mãos;
21. Registrar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
22. Repor o material e insumos utilizados.

8. Recomendações/Observações

- Caso apresente sangramento, realizar compressão e solicitar avaliação do enfermeiro ou médico;
- Em situações de pontos infectados, deverá ser realizada a limpeza terminal;
- Fazer o registro de atividade nos boletins de produção.

5.2 REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1. Objetivo

- Oferecer assistência adequada para realização de curativos por meio de conjunto de ações necessárias para um ambiente seguro e facilitador do processo de trabalho, assegurando atendimento humanizado e qualidade de assistência ao usuário portador de feridas;
- Benefícios Esperados:
 - Evolução satisfatória da lesão/ ferida com diminuição de sua área;
 - Ausência de sinais e sintomas de reações inflamatórias;
 - Padronização do procedimento para equipe de enfermagem (ver ficha de avaliação da ferida em anexo);
 - Manutenção da integridade da pele do usuário.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

A pele tem várias funções, como por exemplo:

- Proteger o organismo contra a ação de agentes externos (físicos, químicos e biológicos);
- Impedir a perda excessiva de líquidos;
- Manter a temperatura corporal;

- Sintetizar a vitamina D;
- Agir como órgão dos sentidos.

Quando ocorre a descontinuidade do tecido epitelial, das mucosas ou de órgãos, as funções básicas de proteção da pele são comprometidas. A ferida resultante dessa descontinuidade pode ser causada por fatores extrínsecos, como incisão cirúrgica, trauma, e por fatores intrínsecos, como as produzidas por infecção.

A cicatrização é um processo fisiológico e dinâmico que busca restaurar a continuidade dos tecidos. Conhecer a fisiopatologia da cicatrização e os fatores que podem acelerá-la ou retardá-la proporciona uma melhor avaliação e a escolha do tratamento mais adequado.

Características das feridas

As feridas podem ser classificadas quanto à causa, ao conteúdo microbiano, ao tempo de cicatrização, ao grau de abertura e ao tempo de duração.

Quanto à causa, as feridas podem ser:

- **Cirúrgicas:** feridas provocadas intencionalmente, mediante incisão (quando não há perda de tecido e as bordas são geralmente fechadas por sutura); excisão (quando há remoção de uma área de pele (por exemplo: área doadora de enxerto)); punção: (quando resultam de procedimentos terapêuticos diagnósticos (por exemplo, cateterismo cardíaco, punção de subclávia, biópsia, entre outros)).
- **Traumáticas:** feridas provocadas acidentalmente por agente mecânico (contensão, perfuração ou corte); químico (iodo, cosméticos, ácido sulfúrico); físico (frio, calor ou radiação).
- **Ulcerativas:** feridas escavadas, circunscritas na pele (formadas por necrose, sequestração do tecido), resultantes de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo. As úlceras de pele representam uma categoria de feridas que incluem úlceras por pressão, de estase venosa, arteriais e diabéticas.

Quanto ao conteúdo microbiano, as feridas podem ser:

- **Limpas:** feridas em condições assépticas e sem micro-organismos;
- **Limpas contaminadas:** feridas com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa;
- **Contaminadas:** feridas ocorridas com tempo maior que 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem sinal de infecção;

- **Infectadas:** feridas com presença de agente infeccioso no local e com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo conter exudato purulento. Quanto ao tipo de cicatrização, as feridas podem ser:
 - **De cicatrização por primeira intenção:** feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas; nelas não há perda de tecidos e as bordas da pele e/ou seus componentes ficam justapostos;
 - **De cicatrização por segunda intenção:** feridas em que há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes, nelas a cicatrização é mais lenta do que nas de primeira intenção;
 - **De cicatrização por terceira intenção:** feridas corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação ou para controle da infecção, a fim de que apresentem melhores resultados funcionais e estéticos. Quanto ao grau de abertura, as feridas podem ser:
 - **Abertas:** feridas em que as bordas da pele estão afastadas;
 - **Fechadas:** feridas em que as bordas da pele estão justapostas. Quanto ao tempo de duração, as feridas podem ser:
 - **Agudas:** quando são feridas recentes;
 - **Crônicas:** feridas que têm um tempo de cicatrização maior que o esperado devido a sua etiologia. São feridas que não apresentam a fase de regeneração no tempo esperado, havendo um retardo na cicatrização.

Avaliação da ferida

Para a escolha de um curativo adequado, é essencial uma avaliação criteriosa da ferida e o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado. Para tanto, é necessário levar em consideração as evidências clínicas observadas quanto à localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordos, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional.

A sistematização do tratamento de feridas ocorre por meio de ações simples que visam remover as barreiras que impedem a cicatrização. Essas barreiras são expressas na palavra **TIME**, onde cada letra significa uma barreira a ser removida da lesão.

As letras da sigla TIME referem-se às palavras inglesas tissue (tecido não viável), infection (infecção/inflamação), moisture (manutenção do meio úmido) e edge (epitelização das bordas da lesão). São quatro componentes da cicatrização da ferida importantes na preparação do leito e na orientação das decisões terapêuticas dos profissionais.

Para atingir um bom resultado em termos de cicatrização, é preciso observar esses quatro princípios, sendo necessário que cada um deles apresente um status adequado para que seja possível a progressão do processo cicatricial:

- **T (Tecido inviável)** - para o preparo da ferida, é necessário avaliar as condições do tecido. Se ele estiver inviável, necrótico ou deficiente, é recomendável realizar o desbridamento, que pode ser instrumental, autolítico, enzimático, mecânico ou biológico. O desbridamento tem a finalidade de remover o tecido desvitalizado, restaurar a base da ferida e da matriz extracelular e obter tecido viável no leito da ferida.
- **I (Infecção ou inflamação)** - trata-se aqui do tecido com alta contagem bacteriana ou inflamação prolongada, com número elevado de citocinas inflamatórias. Atividade das proteases e baixa atividade dos fatores de crescimento são prejudiciais para a cicatrização. Nessa situação é necessário realizar a limpeza da ferida e avaliar as condições tópicas sistêmicas e o uso de anti-inflamatórios e antimicrobianos.
- **M (Manutenção da umidade)** - para que ocorra a cicatrização, é necessário o equilíbrio da umidade da ferida. Enquanto o leito da ferida ressecado ocasiona uma migração lenta das células epiteliais, o excesso de exsudato também é prejudicial, pois pode provocar maceração da margem e da pele perilesional. Nessas condições, é preciso estimular a migração das células epiteliais, para evitar ressecamento e maceração, e controlar o edema e o excesso de fluidos.
- **E (Epitelização das bordas)** – é a situação em que, no processo de cicatrização, há progressão da cobertura epitelial a partir das bordas. O tratamento da ferida envolve a avaliação das condições clínicas do paciente, o uso de analgésicos, o cuidado como curativo e o desbridamento do tecido inviável. Também é necessária a avaliação diária da evolução da ferida no sentido de continuar ou modificar as condutas até então estabelecidas.

Nesse caso, deve-se avaliar todo o processo, observando as causas e optando por uma das terapias corretivas, que poderá ser desbridamento do tecido morto, enxerto de pele no local, uso de agentes biológicos e terapias adjuntas.

Com o uso das terapias adequadas, ocorre a migração de queratinócitos e resposta das células, com restauração apropriada do perfil de proteases, cujo resultado é o avanço da margem da ferida.

Tipos de curativos

O tipo de curativo a ser realizado varia de acordo com a natureza, a localização e o tamanho da ferida. Em alguns casos é necessária uma compressão, em outros a lavagem

exaustiva com solução fisiológica e outros exigem imobilização com ataduras. Nos curativos em orifícios de drenagem de fístulas entéricas a proteção da pele sã em torno da lesão é o objetivo principal.

- **Curativo semi-oclusivo:** Este tipo de curativo é absorvente e comumente utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável.
- **Curativo oclusivo:** não permite a entrada de ar ou fluídos, atua como barreira mecânica, impede a perda de fluídos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir enfisema, e formação de crosta.
- **Curativo compressivo:** Utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão.
- **Curativos abertos:** São realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas, escoriações são exemplos deste tipo de curativo. Normalmente, os curativos são divididos em primários, quando usados em contato direto com o tecido lesado, e secundários, quando colocados sobre o curativo primário. Alguns curativos requerem a utilização de cobertura secundária para manter a umidade adequada.

São vantagens do meio úmido:

- Evitar traumas;
- Reduzir a dor;
- Manter a temperatura;
- Remover tecido necrótico;
- Impedir a formação de esfacelos;
- Estimular a formação de tecido viável;
- Promover maior vascularização.

Desbridamento

O desbridamento envolve a remoção de tecido não viável e de bactérias, para permitir a regeneração do tecido saudável subjacente. Durante o procedimento, é necessário evitar danos ao tecido de granulação. O desbridamento pode ser efetuado através de técnica cirúrgica, mecânica, enzimática ou autolítica. Cada procedimento possui vantagens, desvantagens e indicações para o seu uso. A combinação das técnicas pode ser o método mais eficaz. Para definir a melhor conduta, cada caso deve ser avaliado.

6. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

O procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009, da Resolução Cofen nº 567/2018 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente.

I. Compete ao enfermeiro:

- Estabelecer prescrição de medicamentos/coberturas utilizados na prevenção e cuidado às feridas estabelecidos em protocolos da SES/DF;
- Realizar curativos de feridas em Estágio III e IV;
- Os curativos de feridas em Estágio III, após sua avaliação, poderão ser delegados ao Técnico de Enfermagem;
- Executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico;
- Estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas;
- Desenvolver e implementar plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e contínua da pele;
- Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, albumina sérica;
- Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias, tais como coberturas de ferida, terapia por pressão negativa, entre outros;
- Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata;
- Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem;
- Coordenar e/ou participar de testes de produtos/medicamentos a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas;
- Prescrever cuidados de enfermagem aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão;
- Utilização de materiais, equipamentos e medicamentos que venham a ser aprovados pela Anvisa para a prevenção e cuidado às feridas;
- Utilização de tecnologias na prevenção e cuidado às feridas, desde que haja comprovação científica e aprovação pela Anvisa;
- Quando necessário, realizar registro fotográfico para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, através de formulário institucional;

- Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente, quanto ao cuidado com as feridas.

II. Compete ao técnico de enfermagem:

- Realizar curativo nas feridas em estágio I e II;
- Auxiliar o enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV;
- Realizar o curativo nas feridas em estágio III, quando delegado pelo enfermeiro;
- Orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida;
- Registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao enfermeiro as intercorrências;
- Executar as ações prescritas pelo enfermeiro;
- Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

7. Materiais Necessários

- Álcool a 70%;
- Bandeja não estéril;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Soro fisiológico a 0,9% (preferencialmente aquecido 37°);
- Agulha estéril de calibre 40x12;
- Pacote de curativo estéril contendo 1 pinça, uma tesoura e uma lâmina de bisturi com cabo (preferencialmente recomenda-se o uso de pinças estéreis sempre que disponível);
- Pacotes com Gaze estéril;
- Compressa/acolchoado estéril;
- Adesivo específico ou filme de poliuretano ou esparadrapo impermeável;
- Atadura de Crepom, se necessário;
- Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro ou prescrição de enfermagem);
- Bacia estéril, se necessário;
- Equipamento de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção avental ou capote não estéril e luvas de procedimento;
- Saco plástico ou forro impermeável;
- Lixeira para resíduo infectante;

- Biombo, sempre que necessário.

8. Descrição da Técnica

1. Identificar o paciente;
2. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. Higienizar as mãos;
4. Obter informação sobre o tamanho, localização da ferida e condições gerais do paciente portador da lesão (comorbidades, alergias, entre outros);
5. Seguir a prescrição para o procedimento de troca de curativo quando for atribuído ao técnico de enfermagem;
6. Higienizar as mãos;
7. Reunir e organizar todo o material necessário ao procedimento;
8. Explicar o procedimento ao paciente;
9. Colocar equipamento de proteção individual (EPI);
10. Colocar as luvas de procedimento e remover o curativo anterior com o cuidado de não aumentar a lesão;
11. Remover cuidadosamente os curativos de gaze, uma camada de cada vez;
12. Umidificar o curativo com solução fisiológica caso apresentar-se seco sobre o leito da ferida e retirar a cobertura com cuidado;
13. Observar as características gerais, tais como tamanho e profundidade, tipo de lesão, tipo de tecido presente, presença e características do exsudado, fístulas, áreas ‘solapadas’ ou cavidades, e, exposição de tecidos adjacentes (músculo, tendões e ossos), avaliação da dor, presença de microrganismos e tempo da ferida;
14. Dobrar os curativos com drenagem e remover as luvas puxando a parte interna sobre o curativo a ser descartado;
15. Descartar as luvas e curativos sujos no saco de lixo adequado;
16. Higienizar as mãos;
17. Usar luvas apropriadas (luvas de procedimento com pinças estéreis ou luvas estéreis);
18. Utilizar solução fisiológica estéril para a irrigação e limpeza da ferida;
19. Proceder a limpeza da ferida;
20. Limpar a ferida do local menos contaminado para o mais contaminado;
21. Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
22. Nunca abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que estiver trocando a ferida contaminada.

Curativos em feridas cirúrgicas e/ou ferida limpa e fechada

O curativo deve ser realizado com soro fisiológico e mantido fechado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, passado este período a incisão deve ser exposta e lavada com água e sabão. Se houver secreção (sangue ou seroma) manter curativo semioclusivo na seguinte técnica:

1. Limpar a incisão principal, utilizando as duas faces das gazes, sem voltar ao início da incisão;
2. Trocar as gazes e limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica após ter feito a limpeza da incisão principal;
3. Trocar as gazes e secar a incisão cirúrgica;
4. Ocluir com cobertura indicada (Ver fluxo de tratamento).

Curativos de feridas abertas contaminadas

Feridas abertas contaminadas e/ou infectadas: apresenta-se com secreção purulenta, tecido necrosado ou desvitalizado. O curativo deve ser mantido limpo e oclusivo, o número de trocas está diretamente relacionado à quantidade de drenagem, devendo ser trocado sempre que houver excesso de exsudato para evitar colonização e maceração das bordas ou conforme prescrição:

1. Iniciar a limpeza da ferida da parte menos contaminada para a mais contaminada;
2. Se necessário, remover os tecidos desvitalizados, utilizando desbridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o desbridamento mecânico); ou remoção mecânica com gaze embebida em SF 0,9% (Ver fluxo de tratamento).

Aplicação de solução e/ou oclusão com a cobertura

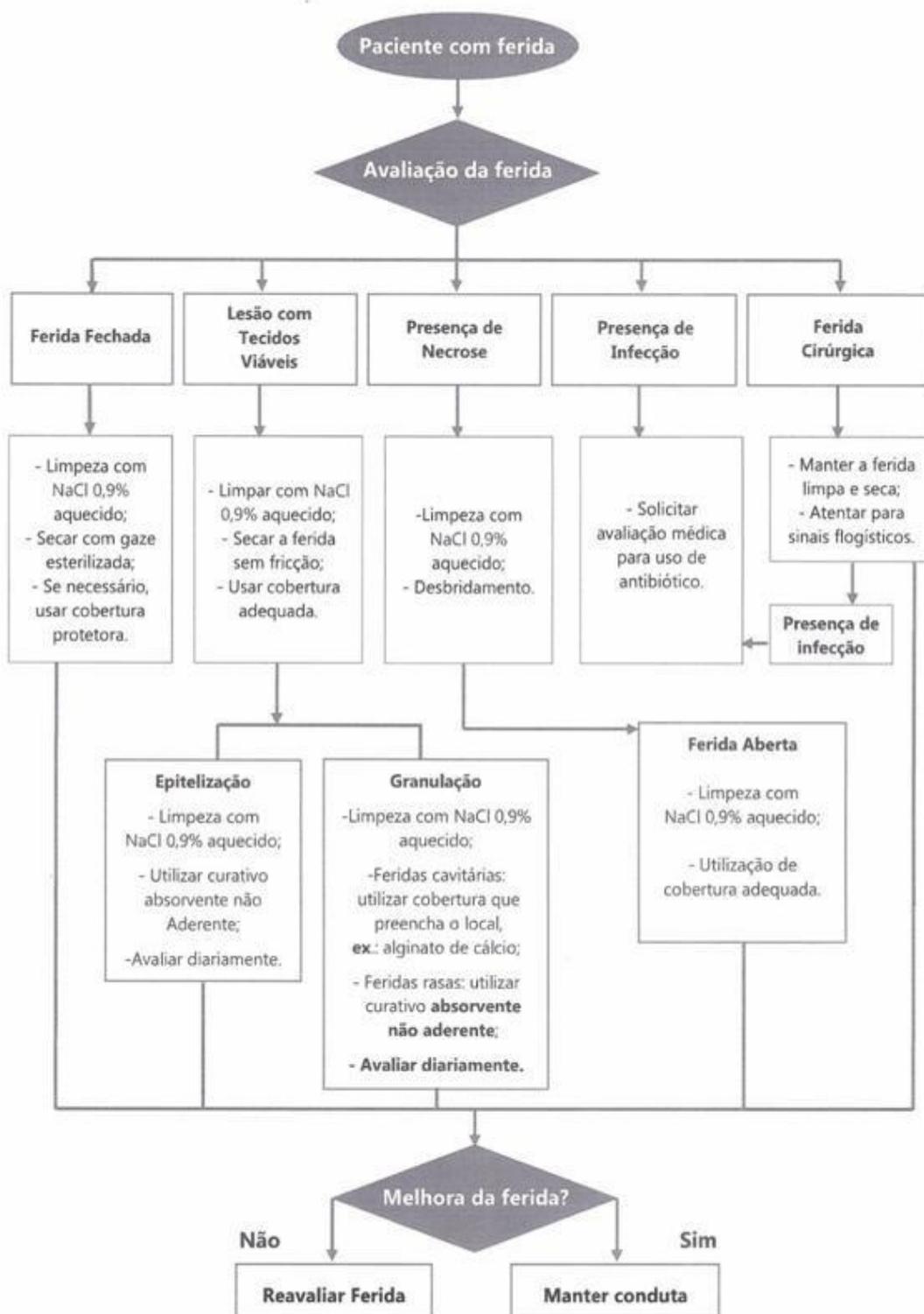
1. Aplicar a solução prescrita e/ou cobertura adequada a cada tipo de lesão;
2. Fixar o curativo com esparadrapo/fita adesiva microporosa/fita transpore de acordo com a necessidade e disponibilidade;
3. Nos casos de utilização de ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa (distal para proximal), com o membro apoiado, tendo o cuidado de não comprimir em demasia; identificar o curativo com o tipo de cobertura utilizada, data e nome de quem realizou o procedimento;
4. Orientar o paciente ou acompanhante quanto aos cuidados com o curativo, sinais/sintomas de complicações e retorno para avaliação;
5. Reunir materiais que foram utilizados e dar destino adequado a eles, assim como com o lixo e resíduos provenientes do procedimento;
6. Remover EPI e dar destino adequado aos mesmos;

7. Lavar as mãos;
8. Fazer o registro da atividade no prontuário do paciente e/ou boletins de produção e/ou fichas de evolução de feridas (Ver fluxo de tratamento em anexo).

9. Recomendações/Observações

- Oferecer orientações de cuidados com a pele e avaliação das feridas cirúrgicas com alerta aos sinais e sintomas de reações inflamatórias: dor, calor, rubor, edema e perda da função;
- Usar coberturas padronizadas pela SES-DF conforme necessidade estabelecida pelo fluxo de tratamento em anexo;
- A avaliação deverá ser realizada pelo enfermeiro verificando a taxa de cura de lesões/feridas de pele com objetivo de melhoria na qualidade da assistência de enfermagem.

Fluxograma de Avaliação da Ferida



FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

NOME: _____ D.N.: ____/____/____ SEXO: M F
NATURALIDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE: Sim Não Nº Prontuário: _____
ESQUEMA DT: Atualizado mais de 5 anos mais de dez anos Desconhece a História Vacinal

FATORES DE RISCO

DOENÇAS SISTÊMICAS ASSOCIADAS

DM HAS Neoplasias Doenças Vasculares Outras _____

TABAGISMO: Sim Não Quanto por dia _____

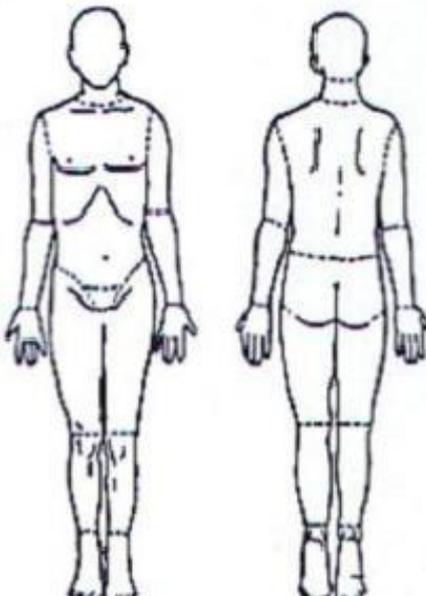
DROGAS: Sim Não Qual(is): _____

ETILISTA: Sim Não Quanto por dia: _____

MEDICAÇÃO: Antipertensivos Hipoglicemiantes orais Insulina Antiinflamatório

Antibiótico Outros _____

AVALIAÇÃO DA FERIDA



TIPO

Cirúrgica Traumática _____
 Ulcerativa Queimadura (% área) _____

QUANTO AO TEMPO

Aguda Crônica Tempo: _____

CONTEÚDO BACTERIANO

Limpa Contaminada Infectada

CARAC. DO TECIDO

Necrose Granulação _____
 Epitelização Desvitalizado (fibroso) _____
 Esfacelo Outro _____

CARAC. DO EXSUDATO

Seroso Sanguinolento Serossanguinolento
 Seropurulento Purulento Fibroso Nenhum

QUANTIDADE DE EXSUDATO

Nenhum Pouco Médio Grande

CARACTERÍSTICA DA BORDA

Indistinta Aderida Não-aderida Macerada
 Espessada Fibrótica Hiperqueratose

CONDUTA: _____

OBS: _____

ENFERMEIRO: _____

5.3 LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAIS

1. Objetivo

- Reduzir a carga microbiana, removendo contaminantes de natureza orgânica e inorgânica, garantindo a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

- Limpeza é o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza é o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

6. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

I. Enfermeiro:

- Assegurar o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e proteção do profissional;
- Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde: recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição dentro da unidade;

- Garantir a utilização de EPI – Equipamentos de Proteção Individual, de acordo com o ambiente de trabalho;
- Orientar os técnicos de enfermagem quanto a técnica.

II. Técnico de enfermagem:

- Garantir a higienização pessoal e bem-estar, como cuidados com o corpo, unhas, uniforme, evitando a transmissão de infecções;
- Cumprir as práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e proteção do profissional;
- Realizar a limpeza e a higienização das superfícies móveis dos ambientes relacionados aos atendimentos clínicos;
- Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização, para reduzir a carga microbiana presente nos artigos e impedir que a matéria orgânica fique aderida, formando biofilme;
- Disponibilizar artigos pronto para a esterilização;
- Realizar a limpeza do material inalatório, realizando desinfecção de alto nível;
- Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente.

7. Materiais Necessários

- Material para limpeza: água potável, detergente enzimático, detergente neutro, bucha, escova e recipiente plástico;
- Equipamento de Proteção Individual: óculos de proteção, máscara, gorro, luvas de borracha;
- Pano limpo ou pistola de ar comprimido para secar.

8. Descrição da Técnica

1. Fazer a pré-limpeza, aplicando jatos de água para a remoção da sujidade grosseira;
2. Selecionar a solução de limpeza apropriada e diluir a solução de detergente conforme a orientação do fabricante (devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza);
3. Limpar os instrumentos pérfuro-cortantes separados dos demais;
4. Imergir todo o material desmontado, mantendo a solução em contato com o instrumental o tempo determinado pelo fabricante;
5. Lavar peça por peça com escova de cerdas firmes e não abrasivas, friccionando o corpo, as articulações e a cremalheira da pinça, na direção das ranhuras, por no mínimo 05 vezes, submersos na solução de detergente;

6. Utilizar esponjas não abrasivas somente para friccionar superfícies lisas e extensas como bandejas, bacias e cubas;
7. Enxaguar abundantemente o artigo em água corrente potável;
8. Secar cada instrumental com tecido macio, de cor clara, que não libere fibras e utiliza jatos de ar comprimido para a secagem de materiais com lumens;
9. Encaminhar material para ser embalado e esterilizado na unidade de referência;

6. PROTEÇÃO INDIVIDUAL DO PROFISSIONAL:

6.1 USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

1. Objetivo

- Prevenir acidentes ocupacionais com materiais biológicos, perfuro-cortantes e físicos.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

5. Descrição do Procedimento

Os profissionais de enfermagem estão em contato direto com diversos pacientes, prestando os mais diferentes cuidados. O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) certos na área de enfermagem é tão importante que constam na NR-32, específica para trabalhadores da área da saúde.

Os EPI de Enfermagem protegem o profissional dos riscos de contaminação e proporcionam ainda mais qualidade no atendimento. Além de proteger os pacientes com alguma sensibilidade que não podem contrair nenhum tipo de vírus com risco de ir à óbito.

A NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – abrange as situações de exposição aos diversos agentes de risco presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de risco biológico; os agentes de risco químico; os agentes de risco físico com destaque para as radiações ionizantes; os agentes de risco ergonômico. Esta norma

ainda prevê que todos os trabalhadores sujeitos ao risco de exposição por agentes biológicos devem utilizar vestimenta adequada, incluindo o traje na lista de EPI para enfermeiros e outros profissionais.

O descarte, manipulação e fracionamento de produtos químicos, desde a retirada de sangue até a divisão de medicamentos, deve ser feita em local apropriado para este fim, com sinalização visual e uso obrigatório de EPI.

O trabalhador de enfermagem deve proteger-se sempre que tiver contato com material biológico, incluído também durante assistência cotidiana aos pacientes, independente de chegar a conhecer ou não o diagnóstico. Estudos já mostraram que as maiores causas de acidentes entre trabalhadores de enfermagem acontecem por meio das práticas de risco como o descarte inadequado com objetos perfuro-cortantes, reencape de agulhas, e a falta de adesão aos Equipamentos de Proteção Individual.

6. Materiais Necessários

- Luva: EPI básico para proteção contra riscos biológicos e químicos, sendo os tipos mais resistentes adequados para manipulação de produtos mais contaminantes;
- Touca: protege de forma dupla, tanto contra partículas que possam contaminar os profissionais quanto da queda de cabelos ou outros componentes em materiais do trabalho;
- Avental: também chamado como 'capote', é um EPI muito usado em centro cirúrgico e ajuda na barreira contra substâncias e deve ser sempre descartável;
- Sapatos fechados: uso de EPI que atenda a NR-32, a qual impede uso de sapatos abertos;
- Máscaras: junto com a luva, funcionam como a combinação básica de EPI para equipe de enfermagem, combatendo acidentes de risco biológico e a contaminação respiratória;
- Óculos: impede exposição dos olhos aos componentes radioativos, químicos e outros componentes.

7. Descrição da Técnica

1. Higienizar as mãos;
2. Paramentar-se antes de realizar o procedimento com os EPI para cada tipo de procedimento (jaleco, máscara, luva de procedimento, luva estéril, touca, capote óculos de proteção, entre outros).

8. Recomendações/Observações

- Os Equipamentos de Proteção Individual – EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição, em número suficiente, nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição;
- Além do cumprimento do disposto na legislação vigente, os Equipamentos de Proteção Individual – EPI devem atender às seguintes exigências: ser avaliados diariamente quanto ao estado de conservação e segurança; estar armazenados em locais de fácil acesso e em quantidade suficiente para imediata substituição, segundo as exigências do procedimento ou em caso de contaminação ou dano;
- Com relação aos quimioterápicos antineoplásicos é vedado: iniciar qualquer atividade na falta de EPI;
- É proibido movimentação de cilindros de gases sem EPI adequados;
- Os EPI deverão conter Certificado de Aprovação – CA. |