



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



I
M
U
N
I
Z
A
Ç
Ã
O

Manual de Rotinas de Enfermagem da Imunização

2016

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA IMUNIZAÇÃO

São Paulo
2016
5º EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Diagramação:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Foto Capa:

Pedro Duarte

Coleção Protocolos HMEC 2016

© 2016 - Departamento Técnico

Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100

CEP: 02720-200 – São Paulo – SP

Telefone: 3986-1051

Site: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/

E-mail de contato: qualidade.hmec@gmail.com

Fernando Haddad
Prefeito da Cidade de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde

Alberto Alves Oliveira
Coordenador Regional de Saúde Norte

Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico – HMEC

ORGANIZAÇÃO

Gislene Batista de Souza Silva
Encarregada de Enfermagem do Setor de Imunização

REVISÃO

Eliana Claudino de Lima
Enfermeira da Assessoria de Qualidade



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA IMUNIZAÇÃO

Finalidade:

Padronizar os procedimentos relacionados a atividade de enfermagem na Imunização do HMEC

Disponível:

OBS: TODOS OS SETORES PODEM ACESSAR O MANUAL EM FORMATO PDF POR MEIO DA INTRANET, O MANUAL FÍSICO ENCONTRA-SE APENAS NOS SETORES ABAIXO:

Agendamento

Alojamento

Conjunto

Ambulatório

Anatomia

Patológica

Arquivo

Auditoria de

Prontuário

Banco de Leite

Biblioteca

Casa da Gestante

CCO / CMAT /

REC

Comitê de Risco

Comunicação

Diagnóstico por

Imagem

Educação

Continuada de

Enfermagem

Engenharia

Ensino e Pesquisa

Farmácia

Faturamento

Gestão de

Pessoas

Gerência

Financeira-

Orçamentária

Hotelaria

Imunização

Internação de
Adulto e Hospital Dia

Internação

Neonatal

Logística de

Insumos Hospitalares

Medicinas Trad.,

Homeopatia e Práticas

Integrativas

Núcleo de

Segurança do

Paciente

Nutrição

Ouvidoria

Patrimônio

Pré-parto

Pronto Socorro

Qualidade

Recepção do

Pronto Socorro e

Internação

Saúde do

Trabalhador

Serviços

Técnicos

Multidisciplinares

Suprimentos

Tecnologia da

Informação

UTI Adulto

Outros:

Gerência de

Enfermagem /

Diretoria

Data de Emissão:
JANEIRO/2006

Revisão nº 4

Data de Revisão:
DEZEMBRO/2016

APROVADO POR:

Nome: Ana Paula Sper Santiago

Função: Gerente de Enfermagem

Nome: Dra. Maria Regina Cesar

Função: Coordenadora do Comitê de Risco

Nome: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel

Função: Gerente de Ensino e Pesquisa



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2016

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do HMEC 2016 foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

Dra. Claudia Tanuri – Diretora de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012

O Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que tem sob sua responsabilidade o atendimento à saúde perinatal e da mulher, em geral, de sua área de influência, em especial Zona Norte da Cidade de São Paulo, tem procurado ao longo dos seus 40 anos de existência propiciar às pacientes aqui atendidas a melhor qualidade possível dentro do amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, a Maternidade Cachoeirinha tornou-se um marco em nossa cidade.

Não bastassem esses aspectos, uma outra importante faceta a distingue, qual seja, a de elaboração de Manuais, contendo Protocolos de condutas destinados a responder à diversidade dos problemas das pacientes por nós atendidas.

Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de Saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária. São os Protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa.

Contudo, a elaboração de tais Protocolos que compõem os Manuais, deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se tornem realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento às pacientes segundo as boas práticas de Saúde.

Queremos agradecer a toda a equipe que arduamente trabalhou na elaboração destes Protocolos, procurando usar a criatividade individual associada à cultura institucional no sentido de representar um aprimoramento na nossa área de trabalho que estamos sempre buscando.

Temos também a certeza de que estes Manuais não serão os últimos. Sempre haverá sugestões, novas incorporações, que farão um moto contínuo de novas publicações. Mas certamente também temos a convicção de que estes são o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.

Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2008

A arte médica desde seu início tem como principal objetivo não apenas a cura, mas também o cuidar. O termo "obstetrícia" vem da palavra latina "obstetrix", que é derivada do verbo "obstare" (ficar ao lado). Ficar ao lado de quem sofre é importante, pois a proximidade do ser humano é terapêutica. A indelicadeza no trato do ser advém da ignorância e do desconhecimento, em que as pessoas se escondem atrás de uma atitude pouco acolhedora para ocultar suas inseguranças. A humildade, o entendimento, a paciência, o carinho e o amor são qualidades imprescindíveis para o ser Médico.

O conhecimento evolui com enorme velocidade, cada vez mais observamos na Medicina a transitoriedade de suas verdades e conceitos. O profissional médico que se formava 20 anos atrás, se não mantivesse contato com os novos trabalhos, apresentava um tempo médio de desatualização de 5 a 8 anos, hoje é necessário pouco mais de 2 anos para que isso aconteça. Tudo isso graças à grande demanda de trabalhos científicos, troca de experiências, enorme facilidade de acesso e divulgação da informação. Porém, criou-se a partir daí um outro problema: com tanta informação como separar o que é bom do que não o é?

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha tem em seu nome um dos principais objetivos desta instituição: o ensino. E não somente o ensino como transmissão de conhecimento, mas fundamentalmente como formação do ser Médico em sua integralidade na forma mais holística de seu entendimento: caráter, comportamento humanístico e relação médico/paciente.

A integração de todas as áreas (a médica, para-médica, administrativa e comunitária) sumariza a idéia de que para crescermos e nos conhecermos melhor, a participação de todos é fundamental. A Instituição é o Todo, sendo nosso começo, meio e fim principal.

Este manual vem coroar estas idéias, na busca desta integração e na efetividade da mesma. A atualização do manual tem por objetivos a revisão das informações, a democratização do acesso a essas e a homogeneização do conhecimento para todos aqueles que vivem a instituição, em especial aos médicos residentes e aos acadêmicos das várias escolas que aqui fazem seus estágios, sendo útil, também, a todos que tiverem interesse na busca da atualização de seus conhecimentos.

E, por fim, gostaria de salientar, enaltecer e agradecer às equipes médicas e não médicas que escreveram e que organizaram a edição final deste manual para impressão. Muito obrigado! A nossa Instituição agradece.

Dr. Carlos Alberto Ruiz – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2007

O Artigo 196 da Constituição de 1988 garante a todo cidadão o direito à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. A regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS – pela Lei 8.080, de 19/09/90, foi um desdobramento desse princípio constitucional, e sua implantação vem sendo orientada pelas chamadas Normas Operacionais (NOB 1991, 93 e 96; NOAS 2001 e 02; Pacto pela Saúde, de 2006).

A Regulação Estatal sobre o Setor Saúde, comumente conhecida apenas como "Regulação", surge como uma estratégia de gestão do SUS através dessas normas. Entre outras modalidades de Regulação, a NOAS 1991 colocou em pauta a Regulação Assistencial. Os Complexos Reguladores Assistenciais são estruturas que congregam um conjunto de ações regulatórias do acesso à assistência e constituem-se das Centrais de Regulação e dos Protocolos Assistenciais. Vale ressaltar que a Central de Regulação é uma ferramenta-meio cujo desempenho está diretamente relacionado com a resolutividade da rede de saúde, que por sua vez também depende da existência e da execução de bons Protocolos Assistenciais.

Os Protocolos Assistenciais são divididos em Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso. Os Protocolos Clínicos são "recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas". (DENASUS, MS). Os Protocolos de Regulação do Acesso "são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial". Esse é o contexto que confere a real dimensão e o relevante significado deste trabalho técnico coletivo que ora vem à luz sob forma da COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007, fruto estratégico da Gestão do Conhecimento Organizacional aliada aos talentos, competências e brilhantismos individuais dos profissionais da casa.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 conta com a indispensável e brilhante participação dos coordenadores científicos, diretores e gerentes das unidades assistenciais, de diversas profissões da saúde, nos volumes dedicados às respectivas especialidades da atividade-fim do hospital. Além disso, foi acrescida a valiosíssima contribuição dos diretores e gerentes das áreas administrativas, com volumes dedicados às rotinas que dão andamento eficiente aos processos das atividades-meio, garantindo o suporte necessário à realização de uma assistência clínica e cirúrgica de alta qualidade ao cliente-cidadão.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 é uma importante ferramenta para a regulação da qualidade da assistência, não apenas no sentido do padrão técnico-científico do atendimento dispensado, mas também quanto à eficiência e eficácia dos processos administrativos internos e principalmente quanto à equidade no acesso aos serviços hospitalares. Por isso foi opção desta gestão delegar a coordenação do projeto COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 à Dra. Maria Lúcia Bom Ângelo, nossa Assessora de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a quem creditamos o merecido reconhecimento por ter cumprido competentemente mais esta árdua tarefa.

Dr. José Carlos Riechelmann – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM – 2016

Outro manual publicado!

Foi um trabalho árduo, buscando garantir a uniformidade da assistência de enfermagem prestada, bem como excelência no cuidado ao nosso paciente e respaldo/segurança ao nosso profissional.

Importante salientar, que os nossos manuais foram cuidadosamente criados/adaptados pelos enfermeiros dos setores assistenciais aos quais merecem meu respeito e agradecimento.

Não posso deixar de ressaltar a importância da Equipe da Qualidade neste novo feito Institucional.

Cada um, da sua forma com suas peculiaridades e particularidades, teve participação ímpar para o nascimento da reedição das nossas diretrizes de enfermagem, e é justamente isto que me fascina.

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”

Paulo Freire

OBRIGADA!

Ana Paula Sper Santiago – Gerente de Enfermagem do HMEC



PREFÁCIO DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM – 2012

É com muito orgulho e entusiasmo que faço parte deste trabalho.

Hoje a Enfermagem é considerada uma ciência, a “Ciência do Cuidar”. Não podemos falar em cuidados sem termos em mente a responsabilidade técnica e a humanização que os abrangem.

Em prol disto, com notável embasamento científico, as encarregadas de enfermagem do HMEC, juntamente com a equipe da Qualidade e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, desenvolveram esta “Bíblia do Cuidar”.

Espero que todos os cuidadores desta Maternidade tenham o prazer de compartilhar e usufruir deste trabalho conosco e, conseqüentemente, prestar assistência de enfermagem com coerência e qualidade. Assim, garantiremos cada vez mais a excelência na “Arte de Cuidar”.

Ana Paula Sper Santiago – Gerente de Enfermagem do HMEC



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR – 5ª EDIÇÃO

Este manual foi reorganizado com o objetivo da otimização do serviço de imunização, onde faço parte.

Agradeço a equipe que trabalho, bem como as pessoas que já não fazem mais parte de nosso quadro de funcionários, e colaboraram durante muitos anos para o sucesso do setor.

Temos uma grande parceria com a SUVIS Casa Verde, que nos dá fundamental suporte.

Gislene Batista de Souza Silva – Encarregada de Enfermagem do Setor de Imunização do HMEC



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR – 4ª EDIÇÃO

Este manual foi reorganizado com o objetivo da otimização do serviço de imunização, onde hoje faço parte.

Agradeço a equipe que acabo de conhecer parabenizando o desempenho e a dedicação prestada, porque este setor, apesar de pequeno tem grande peso nesta Instituição.

Trabalhamos interligados à SUVIS Casa Verde, onde encontrei ajuda e apoio nas dificuldades de uma principiante na área de imunização.

Também tive a felicidade de contar com o apoio da equipe de enfermagem, que deu os primeiros passos para a excelência na prestação de serviço deste pequeno grande setor.

Gislene Batista de Souza Silva – Encarregada de Enfermagem do Setor de Imunização do HMEC



SUMÁRIO

1. Introdução.....	01
2. Setor de Vacinas.....	03
3. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	05
4. Programa 5S – Qualidade Total.....	07
5. Humanização da Assistência de Enfermagem.....	09
6. A Dor na Assistência de Enfermagem: Uma Abordagem Humanizada.....	11
7. Funcionamento da Sala de Vacinação.....	15
8. Equipamentos e Materiais Básicos.....	19
9. Impressos e Manuais Técnicos e Operacionais.....	21
10. Equipe e Funções Básicas.....	23
11. Contraindicações Gerais à Vacinação.....	25
12. Situações que Indicam o Adiamento da Vacinação.....	27
13. Imunobiológicos Utilizados.....	29
14. Imunobiológicos Especiais.....	45
15. Orientações de Manipulação e Conservação de Soros e Vacinas..	51
16. Procedimentos Básicos segundo as Vias de Administração dos Imunobiológicos.....	53
17. Procedimentos Básicos na Utilização de Termômetros.....	59
18. Procedimentos Básicos na Utilização do Refrigerador.....	63
19. Limpeza da Unidade.....	65
20. Segurança do Paciente.....	71
Fontes Consultadas.....	79
Anexos.....	81



Anexo I - Vacinas e Doenças que Imuniza.....	82
Anexo III - Calendário de Vacinação da Criança e Adolescente.....	83



1. INTRODUÇÃO

A redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização é a finalidade principal da vacinação. No entanto, para que um imunobiológico possa agir no organismo e criar defesas ou anticorpos, como no caso da administração de vacinas, ou para que possa combater micro-organismos já instalados, como no caso da administração de soros e imunoglobulinas, é preciso que a atividade da vacinação seja cercada de cuidados, adotando-se procedimentos adequados antes, durante e após a administração desses produtos na população.

Neste Manual são enfocados os procedimentos relativos:

- A organização e funcionamento da sala de vacinação;
- A conservação dos Imunobiológicos;
- As atividades que antecedem a administração dos Imunobiológicos;
- Ao registro das atividades e arquivos da sala de vacinação.

A sala de vacinação é um local destinado à administração dos Imunobiológicos, portanto, todos os procedimentos são cercados de barreiras de segurança máxima, objetivando a prevenção de infecções nos recém-nascidos e adultos atendidos.





2. SETOR DE VACINAS

É um serviço que tem a vacinação como finalidade principal, visando a redução da morbidade e da mortalidade de doenças preveníveis por Imunização.

2.1. ATENDIMENTOS DO SETOR DE VACINAS

Gestantes e Funcionários:

- Hepatite B;
- Dupla adulto;
- Influenza A ,B,H1N1 (Anti Gripe, anualmente);
- DTPa.

RNs:

- Nas primeiras horas de vida
- BCG ID;
- Hepatite B.
- Conforme a idade aplica-se também:
- Salk (Polio inativada);
- Tetravalente/DPT acelular, Haemophilus B (Hib), Pneumo 10 valente, Meningocócica C, SCR, SCR, Influenza.

Puérperas:

- Tríplice viral (Sarampo, caxumba e rubéola),
- DTPa.



2.2. CONDIÇÕES FÍSICAS DA SALA DE VACINA

A sala de vacina deve atender diversos requisitos para funcionar de forma adequada. São eles:

- Ser exclusiva para a administração dos Imunobiológicos;
- As paredes e o piso devem ser laváveis;
- Pia com torneira para lavagem de mãos;
- Fonte de energia exclusiva para cada equipamento elétrico, e com gerador;
- Boas condições de arejamento e iluminação, evitando a incidência de luz solar;
- Entrada e saída independentes, se possíveis;
- Ter boas condições de higiene e limpeza.



3. CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

PREÂMBULO

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 14 - Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 15 - Prestar Assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.



Art. 19 - Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 20 - Colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

Art. 25 - Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES EMPREGADORAS DIREITOS

Art. 63 - Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 69 - Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.

Art. 71 - Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 - Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

CAPÍTULO II DO SIGILO PROFISSIONAL

DIREITOS

Art. 81 - Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.



4. PROGRAMA 5S – QUALIDADE TOTAL

O programa 5s é a base para a qualidade total, para melhorar a qualidade de vida do ser humano. Para conseguirmos produtos de qualidade precisamos ter qualidade no nosso ambiente de trabalho. O principal objetivo dos 5s é criar um ambiente digno de trabalho, onde o funcionário sintam-se bem consigo mesmo e com os demais, pois antes do produto vem o trabalhador.

1º S - SENSO DE UTILIZAÇÃO

Devemos separar o útil do inútil, eliminando tudo o que for desnecessário.

Os objetos úteis devem ser separados conforme o seu uso. O que for inútil deve ser eliminando ou reformado. Organizando o local de trabalho evitamos desperdícios, eliminamos um monte de material sem utilidades e liberamos espaços para trabalhar mais à vontade, e diminuindo o risco de acidentes.

2º S - ARRUMAÇÃO

O senso de arrumação significa colocar tudo em ordem para que qualquer pessoa possa localizar tudo facilmente.

É simples, identificando e padronizando cada coisa, através de cores, rótulos, palavras chaves, depois é só arrumar a disposição do ambiente. Assim fica mais fácil achar qualquer documento ou objeto, sem perder tempo correndo de um lado para outro. Economizamos tempo, paciência e nosso local de trabalho fica mais amplo e agradável.

3º S – LIMPEZA

O senso de limpeza significa que o mais importante do que limpar é aprender a não sujar limpando as ferramentas e matérias após o uso e manter limpo o que já está em ordem terá um ambiente de trabalho digno onde todos poderão se sentir bem. Além de causar boa impressão aos clientes e evitar acidentes de trabalho.



4º S – SAÚDE E HIGIENE

Devemos tornar o ambiente de trabalho sempre favorável a saúde e higiene.

E para isso basta respeitar os colegas, usar uniformes limpos, eliminar as condições inseguras, manter a limpeza do refeitório, dos banheiros e dos vestiários. E também difundir sempre materiais educativos sobre saúde e higiene. Só vamos ter um ambiente saudável se zelarmos por ele.

5º S – AUTO DISCIPLINA

O senso de autodisciplina é reeducar nossas atitudes e com o tempo temos que fazer dessas atitudes um hábito, transformando a aplicação dos 5S num modo de vida.

Este programa vai além do trabalho, ele é uma questão de cidadania, de respeito ao próximo e a si mesmo. Com ele crescemos e com seres humanos melhoramos nossa qualidade de vida, diminuimos os riscos com acidentes e trabalhamos tranquilamente, e com hábitos corretos vai ficar fácil manter nosso ambiente saudável e digno de respeito.

O importante é insistir na aplicação do programa de tempos em tempos e avaliar os nossos avanços e cada um de nós deve dar o exemplo, por isso todos precisam participar. Com perseverança, organização e força de vontade, nós vamos manter um ambiente de trabalho com muita **QUALIDADE, SAÚDE e SEGURANÇA.**



5. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A preocupação com a humanização iniciou-se no final da década de 80, com a implantação do SUS, através da Reforma Sanitária, fruto de esforços de grupos de profissionais e de movimentos populares de saúde, no contexto da redemocratização da sociedade brasileira e de luta por uma política pública de saúde universal e de qualidade.

O termo humanização pode causar polêmica, resistência ou certo estranhamento, pois se é inerente a prática de quem cuida de seres humanos, por que ter que humanizar o que é humano?

Sendo assim, este conceito não quer apenas tornar mais humana a relação com o usuário, dando pequenos retoques nos serviços, mas tocar nas relações de poder, trabalho e afeto que são produtoras das práticas desumanizadoras. Não devemos considerar a humanização como mais um programa, mas sim uma Política Nacional, eliminando a tendência de pensá-la pela vertente da caridade, do favor e da boa educação.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política do SUS, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Nossa Instituição adota a PNH e a enfermagem como parte do todo está intimamente inserida nesta vertente da assistência de enfermagem baseada na teoria de Auto Cuidado de Orem.

Com a tecnologia e as medidas de prevenção e controle de infecções e a assistência médica e de enfermagem especializadas empregadas na UTI Neonatal, muitos recém-nascidos (RN) de alto risco conseguem sobreviver à fase inicial de suas vidas.

O período de internação destes recém-nascidos pode estender-se por várias semanas ou meses, dependendo de sua gravidade e evolução clínica. É essencial que a família acompanhe o bebê durante esta fase para que após a alta seja capaz de cuidar dele de forma adequada.

Mesmo que a área física, a disponibilidade de material e pessoal não sejam as ideais, a integração dos pais na assistência deve ser incentivada por todos os profissionais que atuam na UTI Neonatal, com objetivo de propiciar a formação do vínculo afetivo entre o bebê e a sua família.



Humanizar a assistência neonatal é atender de maneira individualizada as necessidades do recém-nascido e de sua família, visando uma alta qualidade de assistência. Independente do resultado, a sobrevivência ou a morte do recém-nascido, a assistência humanizada deve transmitir aos pais o sentimento de solidariedade e respeito à sua dor.

Pai e Mãe são considerados o foco das influências ambientais sobre seu filho, a integração pais/filho não são intuitivas e resultam de comportamento sócio-econômico condicionado e aprendido.

Avanços tecnológicos e equipes altamente especializadas não substituem os pais para os recém-nascidos. As unidades neonatais devem ser estruturadas com permanente lembrança de que lidamos com pequenas vidas que sentem e reagem como pessoas e que têm suas próprias necessidades emocionais.

Segue abaixo as ações humanizadas no setor:

- Previamente a Imunização, a mãe é orientada referente à necessidade e os benefícios da vacinação, bem como todos os cuidados que devem ser tomados;
- O RN é vacinado em seu próprio berço; com a presença da mãe visando acalmá-lo logo após o procedimento.



6. A DOR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM HUMANIZADA

Eliana Claudino de Lima

A dor é uma experiência subjetiva, porém, conseguir mensurá-la é extremamente importante no ambiente clínico. Quando se mensura eficazmente a dor, pode-se avaliar se o tratamento prescrito está ou não sendo efetivo.

Conceitualmente, a dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou descrita em tais termos.

A enfermagem, por assistir o paciente 24 horas durante sua internação, deve ter um olhar voltado para a mensuração da dor e buscar meios de minimizá-la. Cada vez mais, a dor é considerada como o quinto sinal vital e independentemente dos instrumentos utilizados para quantificá-la, sua mensuração é fundamental no norteammento às ações terapêuticas, medicamentosas ou não no alívio da dor.

Contudo, não há como dicotomizar a assistência humanizada do controle efetivo da dor, ou seja, uma assistência onde a humanização é um dos pilares, durante o período de internação necessariamente permeia-se a mensuração da dor e o seu controle eficaz.

Quando o tema “dor durante o trabalho de parto”, é abordado, temos que considerar os aspectos culturais envolvidos no processo de dar à luz. Nos tempos bíblicos, a dor do parto era considerada um mal necessário e a mulher deveria sublimá-la e até oferecer sua vida em troca do nascimento do seu filho, se assim fosse necessário. Infelizmente, esta visão poética da dor do parto se perpetua, mesmo que veladamente, em muitas maternidades onde a dor de parto é considerada “normal”. Vale ressaltar que as medidas terapêuticas para o controle da dor durante o trabalho de parto não são apenas restritas às terapias medicamentosas, mas os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são muito eficazes, dentre eles, respiração, mudança de posição, banhos de imersão e de aspersão, massagens, etc., sendo que a equipe de enfermagem tem um amplo campo de atuação na implementação destas terapias.



Porém, quando analisamos a humanização da assistência pré, durante e pós o trabalho de parto versus o controle efetivo da dor, não podemos esquecer que neste binômio (mãe-bebê), o recém-nascido (RN) também é susceptível a estímulos dolorosos. Por muitos anos, a dor no neonato foi desconsiderada por se entender que a imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC) e sua mielinização incompleta bloqueavam os estímulos dolorosos. Somente a partir da década de 80, a dor no período neonatal passou a ser considerada um evento de fundamental importância clínica.

O emprego de medidas para o alívio da dor diante dos procedimentos potencialmente dolorosos em RN ainda é exceção. Estima-se que em apenas 3% dos casos seja prescrita a analgesia farmacológica e em apenas 30% sejam aplicadas técnicas coadjuvantes para minimizar a dor. Dentre as técnicas de analgesias não farmacológicas, destacam-se: sucção não nutritiva, amamentação e contato pele a pele entre mãe e filho. Segundo dados da literatura observa-se, que o emprego destas técnicas previamente e/ou conjuntamente ao estímulo doloroso, reduz o tempo de choro, a mímica facial de dor e a resposta fisiológica à dor.

Os RN internados em UTI Neonatal sofrem aproximadamente de 50 a 132 manipulações diárias, sendo que a maior partes destas manipulações são consideradas intervenções dolorosas. O principal desafio dos profissionais envolvidos no cuidado dos RN é a dificuldade da identificação da dor através de expressões verbais (choro) e não verbais, principalmente nos RN prematuros, pois são menos responsivos à mímica facial e ao choro. A identificação e o controle da dor no RN, além de proporcionar conforto e bem estar, previnem uma possível alteração fisiológica como o hipermetabolismo e o catabolismo.

O fenômeno doloroso é uma experiência subjetiva, individual, multidimensional e modificada por variáveis afetivo-motivacionais, não podendo ser cronificada, seja no RN ou no adulto, para que esta carga emocional negativa não o acompanhe por toda sua trajetória de vida. Cabe a nós profissionais de saúde, realizar a identificação e a minimização da dor dentro do limiar mínimo possível, aliviando assim os percalços durante o período de internação, onde o ser humano por todas as razões físico, psico e sociais está mais fragilizado, principalmente quando o processo do adoecer é provocado por uma enfermidade sem prognóstico de cura, como os casos dos pacientes terminais.

A presença da dor oncológica é um fato que não aflige somente o paciente e seus familiares, mas também os profissionais da assistência envolvidos no atendimento. A dor oncológica se manifesta em 51 a 70% dos



pacientes com diagnóstico de neoplasia sendo que nos estágios avançados ela é prevalente em 70 a 90% dos casos. Esta dor específica exige uma atuação conjunta e sincronizada de todos os profissionais de saúde que estão prestando assistência ao paciente oncológico, para que seu tratamento seja realmente eficaz. O paciente terminal não deve sentir dor, ele tem direito de receber todos os cuidados paliativos eficazes para que a assistência prestada seja realmente humanizada. Quando se fala de dor oncológica, utiliza-se o conceito de dor total. Este conceito foi utilizado em 1964 pela Dr^a. Cicely Saunders, referindo-se aos outros aspectos envolvidos na dor oncológica, além do físico, aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais associados à doença.

O desafio do controle da dor não cabe apenas à equipe de enfermagem, mas a toda equipe de assistência envolvida no processo de cuidar. Acredita-se que as escolas médicas e de enfermagem, deveriam crescer em suas grades curriculares, disciplinas que abordem o tema dor, sua mensuração e controle visando uma formação acadêmica mais humanística e menos biotecnista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MENDONÇA, S.H.F.; LEÃO, E.R. Implantação e Monitoramento da dor como 5º Sinal Vital: o desenvolvimento de um processo assistencial. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.31, p. 623-639.
2. GIMENES, O.M.P.V. Que dor é essa? A dor no parto e seus segredos – Uma reflexão. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.11, p. 213-225.
3. BUENO, M. Dor no período Neonatal. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.
4. MORAES, T.M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.
5. PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm. (on line),**



Florianópolis, v.15, n.2,abr/jun. 2006.
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>. Data do acesso:
21/11/2011.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para Profissionais de Saúde. Intervenções Comuns, Icterícia e Infecções. 2ª Ed. Brasília –DF:Ministério da Saúde, 2014. Cap. 11, p. 33-45.



7. FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINAÇÃO

Além da equipe e suas funções básicas, o funcionamento da sala de vacinação envolve as seguintes atividades:

- Início do trabalho diário;
- A triagem;
- A orientação específica;
- A administração dos Imunobiológicos;
- O encerramento do trabalho diário e do trabalho mensal.

7.1. INÍCIO DO TRABALHO DIÁRIO

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Antes de dar início às atividades diárias, a equipe executa os seguintes procedimentos:

- Verificar se a sala está limpa e em ordem;
- Verificar e anotar a temperatura do refrigerador e da câmara de conservação no mapa de controle diário de temperatura;
- Verificar o prazo de validade dos Imunobiológicos, usando com prioridade aqueles que estiverem com prazo próximo ao vencimento;
- Retirar do estoque refrigerado a quantidade de vacinas e diluentes necessários ao consumo à jornada de trabalho;
- Colocar as vacinas e os diluentes da jornada de trabalho na caixa térmica (com gelo reciclável e com o termômetro), ou quando disponível, no refrigerador para Imunobiológicos que serão utilizados no dia de trabalho.



7.2. TRIAGEM

A triagem engloba as seguintes condutas:

ADULTO

- Verificar se está recebendo a vacina pela primeira vez ou se é retorno;
- Abrir o documento de registro de vacinação, para os que comparecem pela primeira vez;
- Anotar, caso seja paciente, no prontuário e no registro diário da sala de vacinação. Caso seja funcionário, anotar na ficha de registro e no mapa de vacinas;
- Fazer o apazamento e a orientação referente à data da próxima vacinação.

RECÉM-NASCIDO

- Verificar se tem o peso igual ou maior que 2 kg;
- Abrir o caderno de registro de vacinação, a carteirinha da criança e fazer anotação no prontuário;
- Obter informações sobre o estado de saúde do RN a ser vacinado, a fim de observar as indicações e possíveis contra-indicações;
- Orientar sobre a importância da vacinação e referente ao esquema básico de vacinação;
- Fazer o registro da vacina ou do soro a ser administrado, no espaço reservado dos documentos de registros (cartão da criança), carimbando e datando;
- Anotar imediatamente no mapa diário de vacinação;
- Fornecer o encaminhamento com data pré marcada para unidade básica mais próxima da residência;
- Reforçar a orientação sobre a importância da vacinação e dos próximos retornos se for o caso.



7.3. ADMINISTRAÇÃO DO IMUNOBIOLOGICO

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Nas administrações dos Imunobiológicos, adotar os seguintes procedimentos:

- Verificar qual o imunobiológico a ser administrado, conforme indicação;
- Verificar o peso para aplicação do BCG no RN;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Examinar o produto observando a aparência da solução, o estado da embalagem, o prazo de validade, a via de administração, o número do lote e a dosagem;
- Preparar e administrar o imunobiológico segundo a técnica específica;
- Observar as reações imediatas;
- Rubricar no documento de registro, no espaço reservado para tal, e conferir o aprazamento, se for o caso;
- Reforçar as orientações, especificamente a data aprazada para o retorno;
- Desprezar o material descartável em recipiente adequado, e lavar as mãos.

7.4. ENCERRAMENTO DO TRABALHO DIÁRIO

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Ao final das atividades do dia, adotar os seguintes procedimentos:

- Desprezar as sobras de vacinas que ultrapassaram o prazo estabelecido após abertura do frasco;
- Desprezar os frascos de vacinas que estejam com o rótulo danificado;



- Retirar da caixa térmica, ou do refrigerador para Imunobiológicos de uso diário, as demais vacinas que possam ser utilizadas no dia seguinte, recolocando-as na câmara de conservação;
- Verificar e anotar a temperatura do refrigerador, e câmara de conservação no respectivo mapa de controle diário de temperatura;
- Guardar todo material em local limpo e seco, de preferência em armário fechado;
- Deixar a sala limpa e em ordem.

7.5. ENCERRAMENTO DO TRABALHO MENSAL

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Ao final das atividades do mês, a equipe de vacinação deverá adotar os seguintes procedimentos:

- Somar as doses administradas, registradas no mapa diário de vacinação, transferindo para o consolidado do boletim mensal de doses aplicadas;
- Fazer a revisão no arquivo de cartões de controle para convocação e busca de faltosos;
- Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda de Imunobiológicos;
- Avaliar as coberturas vacinais da área de abrangência de saúde.



8. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS BÁSICOS

8.1. EQUIPAMENTOS

- Bancada ou mesa para o preparo dos Imunobiológicos;
- Refrigerador para conservação de gelo reciclável;
- Câmara de conservação para imunobiológicos;
- Armários com portas para guardar insumos e impressos;
- Computador para acesso: número de partos, Centro de Vigilância etc;
- Fichário ou arquivo;
- Mesa tipo escrivaninha com gavetas;
- Cadeiras;
- Bandeja de aço inoxidável;
- Tesoura reta com ponta romba;
- Dois carrinhos com rodas para o transporte dos Imunobiológicos, da sala de vacinas para as unidades de internações.

Observação:

- O refrigerador de compartimento único deve ter a capacidade mínima para 280 litros aproximadamente. Quando necessário usar duas câmaras de conservação, uma para os Imunobiológicos de estoque mensal e outro para os produtos que serão usados no dia de trabalho.

8.2. MATERIAIS DE CONSUMO

Termômetro de máximo e mínimo;

Termômetro de cabo extensor;

Termômetro clínico;

Gelo reciclável;



Caixa térmica para conservação dos Imunobiológicos no dia a dia da sala de vacinação e transporte de imunobiológicos especiais.

8.3. MATERIAIS UTILIZADOS PARA VACINAÇÃO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

- Álcool a 70%;
- Algodão hidrófilo;
- Recipiente para algodão;
- Seringas descartáveis;
- Agulhas descartáveis para uso:
 - Intradérmica;
 - Subcutâneo;
 - Intramuscular;
- Diluição;
- Recipiente com paredes rígidas para desprezar seringas e agulhas descartáveis (caixa especial para coleta de material perfurocortante);
- Papel toalha;
- Depósito para lixo comum, com tampa;
- Saco plástico para lixo descartável;
- Materiais para registro das atividades, lápis, caneta, borracha, carimbo, almofada e outros;
- Sabão líquido.



9. IMPRESSOS E MANUAIS TÉCNICOS E OPERACIONAIS

- Cartão da criança e do adulto;
- Mapa diário de vacinação (registro imediato);
- Cartão de controle ou ficha de registro;
- Boletim mensal de vacinação;
- Boletim mensal de doses aplicadas;
- Pedido de insumos;
- Pedido de imunobiológicos;
- Mapa para controle diário de temperatura do refrigerador e ou câmara de conservação;
- Ficha de investigação dos eventos adversos pós-vacinação;
- Manual de normas de vacinação.





10. EQUIPE E FUNÇÕES BÁSICAS

As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas por uma equipe de enfermagem, com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos Imunobiológicos.

A equipe é formada por quatro técnicos/auxiliares de enfermagem, dois para cada plantão. A supervisão e o treinamento do serviço são realizados por um enfermeiro. A equipe pode ser ampliada dependendo da demanda de serviço.

10.1. FUNÇÕES DA EQUIPE QUE TRABALHA NA SALA DE VACINAÇÃO

Agente: Enfermeiro, Técnico/ Auxiliar de Enfermagem

- Manter a ordem e a limpeza da sala conforme orientação;
- Prover periodicamente as necessidades de materiais e de Imunobiológicos;
- Manter as condições ideais de conservação dos Imunobiológicos,
- Manter os equipamentos em boas condições de funcionamento;
- Encaminhar e dar destino adequado aos Imunobiológicos inutilizados e ao resíduo da sala de vacinação, nunca desprezar na rede de esgoto;
- Orientar e prestar assistência à clientela com segurança, responsabilidade e respeito;
- Registrar, assinar e carimbar a assistência prestada nos impressos adequados;
- Manter o arquivo ou registros das vacinações em ordem;
- Avaliar sistematicamente as atividades desenvolvidas.





11. CONTRAINDICAÇÕES GERAIS À VACINAÇÃO

Fatores de ordem gerais podem ser considerados como possíveis contraindicações comuns à administração de todos os Imunobiológicos:

• CONTRAINDICAÇÕES GERAIS

As vacinas de bactérias ou vírus vivos atenuados não devem ser administradas, a princípio, em pessoas:

- a) com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- b) acometidas por neoplasia maligna em vigência;
- c) em tratamento com corticosteróides em esquemas imunodepressores (por exemplo equivalente a prednisona na dose de 2 mg/kg/dia, para a criança ou de 20 mg/kg/dia para adulto por mais de uma vez semana);
- d) ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) após o recebimento de qualquer dose. Também é considerada contraindicação história de hipersensibilidade aos componentes de qualquer dos produtos;
- e) outras terapêuticas imunossupressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, e a presença de gravidez, etc.).

• CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Mencionadas nos itens relativos a cada vacina.

Obs.: A criança infectada pelo vírus da imunodeficiência humana HIV pode receber todas as vacinas previstas no esquema básico de vacinação.





12. SITUAÇÕES QUE INDICAM O ADIAMENTO DA VACINAÇÃO

O adiamento da vacinação é recomendado em situações específicas, como por exemplo, quando do tratamento com imunossupressores ou com corticóide em dose imunossupressora, neste caso agendar a vacinação para três meses após do final do tratamento.

Esta recomendação tem como justificativa:

- Para as vacinas de vírus vivos há um possível risco de disseminação do vírus vacinal;
- Para as vacinas de componentes mortos ou inativados há a possibilidade de não ocorrer resposta imunogênica, nesse caso se ocorre a vacinação deverá ser agendada a revacinação;
- A administração de vacinas deve ser evitada ainda, durante a evolução de doenças agudas *** principalmente para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis efeitos adversos relacionados à vacinação.

12.1. CONTRAINDICAÇÃO ÀS VACINAS DE VÍRUS VIVOS ATENUADOS

- Gravidez;
- Imunossupressão;
- Transfusão recente de produtos sanguíneos.

12.2. FALSAS CONTRAINDICAÇÕES

- Doenças agudas leves (I.V.A. S; resfriados, doença de pele);
- Desnutrição: avaliar;
- Doença neurológica estável (síndrome convulsiva estável);
- Antecedente familiar de convulsão;
- Uso de corticoides em doses não imunossupressoras;



- Alergia não anafilática ao componente da vacina;
- Prematuridade;
- Uso de antibiótico e alergia a penicilina.

12.3. VALIDADE DAS VACINAS

- Sarampo, Caxumba e Rubéola (S.C.R.), devem ser desprezadas no máximo em seis a oito horas, conforme orientação do fabricante;
- Bacilo de Calmette Guérin (B.C.G.) possui validade de quatro a seis horas;
- Tetraviral: Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (S.C.R.V) após sua reconstituição, deve ser imediatamente administrada;
- A Dupla Adulto (dT), Hepatite B, Meningocócica C, Pneumocócica 10 Valente, DTPa entre outras, que não precisam ser diluídas, desde que mantidas em refrigeração entre +2 e +8°C. Não é necessário desprezar diariamente, desde que a data de abertura e validade estejam no frasco;
- A Vacina Inativa Poliomelite (VIP) após aberta tem validade de sete dias.



13. IMUNOBOLÓGICOS UTILIZADOS

13.1. VACINA CONTRA A TUBERCULOSE – BCG INTRADÉRMICA (BCG-ID)

Produto: Preparado com bacilos vivos de cepa de *Mycobacterium bovis* com virulência atenuada.

➤ INDICAÇÃO

- A vacina BCG (bacilo de callmette e guerin) é administrada com a finalidade principal de prevenir as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea), em criança menores de cinco anos, mais frequentemente nos menores de um ano;
- As crianças portadoras do HIV positivas assintomáticas, e as crianças cujas mães são HIV positivas também recebem a vacina BCG-ID o mais precocemente possível;
- Comunicantes intradomiciliares de portadores de Hanseníase.

Obs.: A administração da vacina BCG deve ser adiada quando a criança apresentar:

- Afecções dermatológicas extensas, em atividade;
- Peso inferior a dois quilos, devido à escassez do tecido cutâneo.

➤ CONTRAINDICAÇÃO

- A vacina BCG-ID é contraindicada nas situações gerais referidas na introdução deste manual, bem como para os portadores do HIV positivos sintomáticos.

➤ COMPOSIÇÃO

- A vacina BCG é preparada com bacilos vivos a partir de cepas atenuadas do *Mycobacterium Bonis* com glutamato de sódio.



➤ **APRESENTAÇÃO**

- A vacina BCG é apresentada sob forma liofilizada em ampolas multidoses, acompanhada de ampola do diluente específico para a vacina.

➤ **CONSERVAÇÃO**

- A vacina BCG-ID é conservada entre +2°C e +8°C.

➤ **DOSE E VOLUME**

- O esquema de administração da vacina BCG corresponde a uma dose a partir do nascimento.

➤ **OBSERVAÇÕES**

- Na ausência da cicatriz é indicada há revacinação seis meses após a primeira dose ou até 4 anos 11 meses e 29 dias para crianças sem cicatriz vacinal;
- A realização do teste tuberculínico é dispensável antes ou depois da administração da vacina BCG-ID;
- O volume correspondente a cada dose é de 0,1 ml rigorosamente para evitar complicações.

➤ **VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

- A vacina BCG-ID é administrada por via intradérmica conforme orientado neste manual;
- A injeção é feita na região do músculo deltóide no nível da inserção inferior deste músculo na face externa superior do braço direito;
- O uso do braço direito tem por finalidade facilitar a identificação da cicatriz em avaliações da atividade de vacinação;
- Quando esta recomendação não puder ser seguida, em situações especiais, registrar o local da administração no cartão da criança.



➤ **RECONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO**

O vacinador antes de administrar a vacina BCG-ID deve:

- Lavar as mãos e organizar todo o material, seringa, agulha e outros, conforme orientado;
- Retirar a vacina e o diluente do refrigerador ou da caixa térmica, verificando o nome dos mesmos, bem como o prazo de validade.

➤ **CONSIDERAÇÕES**

- O diluente, no momento da reconstrução, deve estar na mesma temperatura da vacina, ou seja, entre +2°C e +8°C.
- Para resfriar o diluente colocá-lo no refrigerador pelo menos seis horas antes da reconstituição;
- O recipiente que sustenta a ampola deve estar resfriado para isto, colocá-lo com antecedência, no refrigerador ou caixa térmica;
- Ao apoiar a vacina no recipiente, protegê-la contra poeiras e gotas d'água e aspiração acidental do pó pelo vacinador, utilizando o saco plástico da embalagem.

➤ **EVOLUÇÃO NORMAL DA LESÃO**

- 1ª a 2ª semana: mácula avermelhada com endureção de 5 a 15 mm de diâmetro;
- 3ª a 4ª semana: pústula que se forma com o amolecimento do centro da lesão, seguida pelo aparecimento de crosta;
- 4ª a 5ª semana: cicatriz com 4 a 7 mm de diâmetro, encontrada em cerca de 95% dos vacinados. Não se deve cobrir a úlcera ou colocar qualquer tipo de medicamento.

➤ **EVENTOS ADVERSOS MAIS COMUNS**

Formação de abscesso ou ulceração, no local da aplicação; linfadenite regional.



13.2. VACINA CONTRA A DIFTERIA E O TÉTANO (DT)

Produto: Vacina combinada, inativada contendo os toxóides diftéricos e tetânicos.

- A vacina dupla tipo adulto (DT) é indicado a partir dos sete anos de idade, para a prevenção do tétano acidental e da difteria é também indicada para a vacinação de mulheres em idade fértil (12 a 49) e gestante, principalmente para a prevenção do tétano neonatal. A vacina dupla tipo adulto é administrada nas pessoas que não tenham recebido as vacinas DTP ou DT, ou que tenham esquema incompleto dessas vacinas ou por ocasião dos reforços do esquema básico.

-

➤ OBSERVAÇÕES

- Ao indicar a vacinação com a vacina adulta (dT), considerar as doses administradas, anteriormente, da tríplice bacteriana (DTP).

➤ CONTRAINDICAÇÃO

- A vacina dupla (dT) é contraindicada apenas nas situações gerais referidas na introdução desta parte do manual.

➤ DOSE E VOLUME

- O esquema básico da vacina dupla tipo adulto (dT) corresponde a três doses de 0,5ml com intervalo de (0, 2,6) 60 dias entre a 1ª e a 2ª dose e 6 meses entre a 2ª e a 3ª dose. O intervalo mínimo (0, 1,4) intervalo de 30 dias entre a 1ª e a 2ª dose e 4 meses entre a 2ª e a 3ª dose; Reforço de 10 em 10 anos por toda vida . Em caso de gestantes e na profilaxia do tétano após ferimentos, deve-se reduzir o intervalo do reforço para cinco anos.

➤ VIA DE ADMINISTRAÇÃO

A vacina dT deve ser administrada por via intramuscular profunda, conforme orientado neste manual.



➤ **EVENTOS ADVERSOS MAIS COMUNS**

Dor, calor, febre, vermelhidão e endureção local.

➤ **CONSERVAÇÃO**

- A vacina dupla adulto (dT) é conservada entre +2°C e +8°C.

13.3. VACINA CONTRA O SARAMPO, A CAXUMBA E A RUBÉOLA (S.C.R.) TRÍPLICE VIRAL

Produto: Vacina combinada de vírus atenuados contra o sarampo, caxumba e rubéola.

➤ **INDICAÇÃO**

- A vacina tríplice viral é indicada para prevenir o sarampo, a caxumba e a rubéola;
- Apresentação sob forma liofilizada em frasco ampola com múltiplas doses acompanhada de diluente específica;
- A sua administração é feita a partir dos 12 meses de idade, tendo um reforço aos 15 meses juntamente com a Tetraviral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela).

➤ **CONTRAINDICAÇÃO**

- A vacina é contraindicada nas situações gerais referidas na introdução desta parte do manual, e também para pessoas com história de reação anafilática após a ingestão de ovo;
- Há uma contraindicação temporária, para pessoas que estão fazendo uso de imunoglobulina, sangue total ou plasma no momento da vacinação ou que fizeram uso nos últimos três meses ou, ainda que vão fazer uso destes produtos nos próximos 15 dias a partir do recebimento da vacina;
- Contraindicada às gestantes, as mulheres vacinadas deverão evitar gravidez por 30 dias.



➤ **OBSERVAÇÃO**

- Essa recomendação tem justificativa a possibilidade de não ocorrer resposta imunogênica, pela interferência de anticorpos existentes nestes produtos;
- Quando a vacina for administrada nestas circunstâncias agendar a revacinação.

➤ **COMPOSIÇÃO**

- A vacina tríplice viral é uma combinação do vírus vivos atenuados do sarampo, da caxumba e da rubéola.

➤ **DOSE E VOLUME**

- O esquema básico da vacina tríplice viral corresponde a uma dose, a partir dos 12 meses, administrada por ocasião do reforço da meningocócica C e Pneumo, aos 15 meses.
- Atualmente o volume correspondente a uma dose é de 0,5 ml, podendo variar de acordo com o laboratório produtor.

➤ **VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

- A vacina tríplice viral é administrada por via subcutânea na face posterior do deltóide esquerdo;
- A injeção é feita de preferência na região do deltóideo, na face externa superior do braço, podendo também ser administrada na região do glúteo, no quadrante superior externo;
- Para esfriar o diluente colocá-lo no refrigerador, pelo menos seis horas antes da reconstituição;
- Quando utilizar o frasco multidoses, ao aspirar cada dose, perfurar a borracha em locais diferentes, evitando a parte central da tampa;
- Antes de aspirar cada dose, limpar a tampa de borracha com algodão seco;



- Antes de aspirar cada dose, fazer um movimento rotativo com o frasco da vacina para homogeneização, evitando assim reações locais mais intensas;
- Utilizar na administração da vacina a mesma agulha que aspira a dose;
- Recolocar o frasco na caixa térmica ou no refrigerador até a aspiração de outra dose.

Obs.: O diluente no manuseio da reconstituição deve estar na mesma temperatura da vacina, ou seja, entre +2°C e +8°C.

Atenção: Não é mais orientada a manutenção de uma agulha no frasco; a borracha utilizada atualmente apresenta melhor resistência às múltiplas perfurações, em conseqüência do constante aperfeiçoamento dos materiais.

➤ **EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS**

Dor local, vermelhidão, endureção, ardência, exantema, prurido e febre.

➤ **GRUPO DE RISCO CONTEMPLADOS COM A VACINA**

- Profissionais da saúde e educação;
- Populações de quartéis, prisões, albergues, alojamentos, etc.;
- Estudantes de 1º, 2º e 3º graus;
- Adolescentes e adultos jovens que viajam para áreas onde há circulação do vírus;
- Trabalhadores do setor de turismo e viajantes para a área de risco;
- Trabalhadores da construção civil;
- Puérperas;
- Situações de bloqueio.



13.4. VACINA CONTRA A HEPATITE B

Produto: Vacina subunitária contendo antígeno de superfície do vírus da hepatite B(AgsHB) purificado, obtido por engenharia genética.

➤ INDICAÇÃO

A vacina é indicada para prevenir a hepatite B, sendo administrada:

- Nos menores de um ano de idade, a partir do nascimento, nas primeiras doze horas após o parto;
- Nos doadores regulares de sangue para mantê-los em tal condição;
- Pessoas até 24 anos de idade, foi disponibilizado na rede a partir de 2011;
- Em grupo de risco, tais como:

Usuários de hemodiálise: esquema é (0, 1, 2, e 6 a 12 meses) **Dose o dobro recomendado para a faixa etária**

- Politransfundidos;
- Hemofílicos;
- Talassêmicos: esquema 0,1, e 6 meses;
- Transplante de medula óssea:
 - 1) Receptores antes do procedimento (0,1 e 2 meses); se possível (0,1 e 3 meses). Após o procedimento aplicar a vacina com (12,14,16 e 24 meses).

Dose o dobro recomendado para a faixa etária

- 2) Doadores: vacinação de rotina (0, 1, e 6 meses);
 - Profissionais de saúde;
 - Populações indígenas;
 - Comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B;
 - Pessoas portadoras do HIV (sintomáticos e assintomáticos): esquema é (0, 1, 2, e 6 a 12 meses) **Dose o dobro recomendado para a faixa etária.**



- RN de mãe infectada pelo HIV: iniciar esquema ao nascer conforme esquema de rotina. Se o diagnóstico de infecção for confirmado às doses subsequentes serão administrados com o dobro da dose recomendada para a faixa etária. Caso o esquema completo com 3 doses aplicar a 4ª dose de 6 a 12 meses após. Controle sorológico é recomendável nestes casos.
- Pessoal das Forças Armada e Recluso (presídios, hospitais, instituições de menores, etc.);
- Homens que fazem sexo com homens;
- Profissionais do sexo;
- Vítima de abuso sexual.
- A partir de 2016 foi ampliada a oferta para a população, independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade.

➤ **OBSERVAÇÕES**

A gravidez não contra-indica a vacinação, uma vez que o antígeno da vacina contra hepatite B é constituído de partículas recombinantes do DNA e a vacina é preparada o método de engenharia genética, não sendo, portanto, infectante.

No caso de recém-nascido, cuja mãe tem sorologia positiva para Hbsag, a administração da vacina nas primeiras 12 horas é fundamental para evitar a transmissão vertical. Trinta dias após administrar a segunda dose e quando houver disponibilidade, administrar simultaneamente a imunoglobulina humana anti-hepatite B.

➤ **CONTRAINDICAÇÃO**

- A vacina é contraindicada apenas nas situações gerais referidas na introdução desta parte do manual.

➤ **APRESENTAÇÃO**

- A vacina contra a hepatite B é apresentada sob a forma líquida em frasco de dose única ou multidoses.



➤ **CONSERVAÇÃO**

- A vacina contra a hepatite B é conservada entre +2°C e +8°C, conforme orientado neste manual.

➤ **CONSIDERAÇÕES**

- A vacina contra a hepatite B não pode ser congelada. Caso atinja uma temperatura de 0°C não utilizá-la, e entrar em contato com o órgão responsável;
- Sempre que possível, administrar a primeira dose nas primeiras 12 horas após o nascimento.

➤ **DOSE E VOLUME**

- O esquema de administração da vacina contra a hepatite B corresponde de maneira geral a três doses, (0, 1,6) com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose. A terceira dose é administrada seis meses após a primeira, pois não deve ser administrada antes dos seis meses de idade;
- Situação individual específica pode exigir a adoção de outro esquema;
- O volume a ser administrado, é de 0,5 ml para neonatos, lactentes, crianças e menores de 20 anos. Alguns fabricantes recomendam meia dose (0,5ml) somente até 15 anos 11 meses e 29 dias. A partir desta idade, a dose é de 1,0 ml, nos casos especiais já citados as doses são dobradas.

➤ **SITUAÇÕES ESPECIAIS**

- RN de mães HbsAg (+), o esquema é de três doses;
- RN prematuros (menor de 33 semanas) ou baixo peso (menor de 2000g):
- A vacina contra a hepatite B é conservada entre +2°C e +8°C, conforme orientado neste manual.



- 1- Quando a 1ª dose for aplicada nas primeiras 12 horas de vida, recomenda-se o esquema vacinal 0,1, 2 e 6 meses;
- 2- Se a criança recebeu a 1ª dose até 28 dias após o nascimento fazer esquema de 3 doses.
- Considerando que nos grupos de risco (renais crônicos, politransfundidos, hemofílicos. - etc.) ocorre uma menor produção de anticorpos, administrar o dobro da dose, ou seja, 2.0ml para adultos e 1,0 ml para crianças.

➤ **VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

- A vacina contra a hepatite B é administrada por via intramuscular;
- A vacina é administrada na região do deltóide, na face externa superior do braço. Nas crianças menores de dois anos, administra-se na face lateral da coxa direita. Deve ser evitada a região glútea, pois muitas vezes, a vacina não é inoculada no interior do músculo e sim no tecido adiposo (gordura) o que diminui sensivelmente a resposta imunológica.

➤ **OBSERVAÇÃO**

- Na administração da vacina contra a hepatite B em hemofílicos, imediatamente após a injeção, fazer compressão no local por cinco minutos com algodão seco e se possível vacinar logo após a administração do fator de coagulação;
- Orientar o paciente ou seu acompanhante para fazer compressa fria no primeiro dia, durante 15 minutos, três vezes ao dia;
- Registrar o número do lote e a validade da vacina administrada;
- Orientar a pessoa vacinada ou seu acompanhante sobre o retorno, quando for o caso.

➤ **EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS**

- Edema, eritema e nódulo indolor no local da injeção;
- Mal estar, cefaléia, dor muscular, dor nas articulações de pequena intensidade e passam rapidamente;



- Febre de 37, 5°C, geralmente nas primeiras horas após a aplicação ou até o dia seguinte;
- Febre igual ou acima de 39,5°C nos dois primeiros dias, ou se persistir por mais de dois dias deve ser investigado (o indivíduo pode ter uma infecção incubada).

13.5. VACINA TETRAVALENTE

Produto: Tétano, difteria, coqueluche e haemophilus influenza b.

- A Tetraivalente é um imunobiológico que usamos nos RNs a partir do 2º mês de vida, compõem as seguintes vacinas:
 - Contra Difteria;
 - Tétano;
 - Coqueluche;
 - Hemófilos Tipo B

São administradas 03 doses:

- 2º mês;
- 4º mês;
- 6º mês de vida;
- Dose: 0,5ml;
- Via de administração: intramuscular vasto lateral da coxa até 02 anos.

OBS: Não administrar após 01 ano de idade. Criança acima de 01 ano que não recebeu nenhuma vacina ou não possui comprovante de vacinação anterior, deve receber uma primeira dose com tetraivalente e as outras doses deverão ser completadas com DPT.

A partir de Janeiro 2016 a vacina Tetraivalente: (Tétano, difteria, coqueluche e haemophilus influenza b), foi substituída pela Pentavalente: (Tétano, difteria, coqueluche , haemophilus influenza b e Hepatite B) .



➤ **EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS:**

Febre, vermelhidão, calor, endurecimento e edema (acompanhado de dor ou não), sonolência, anorexia e vômito.

➤ **PRECAUÇÕES**

Episódio hipotônico hiporresponsivo e manifestação neurológica, encaminhar notificação para SUVIS.

13.6. VACINA CONTRA O VÍRUS INFLUENZA (GRIPE)

Produto: Myxovirus Influenza com três tipos antigênicos conhecidos - A, B, C, H1N1, H2N3.

➤ **INDICAÇÃO**

- Pessoa acima de 60 anos;
- Crianças com seis meses ou mais;
- Portadores de doenças crônicas graves, pulmonar, cardiovascular, renal e hepática;
- Diabéticos insulino-dependente;
- Pessoa com hemoglobinopatias;
- Transplantados;
- Portadores de imunossupressão congênita ou adquirida;
- Profissionais da saúde.

➤ **CONTRAINDICAÇÃO**

A vacina contra o vírus influenza está contraindicada para:

Crianças com menos de seis meses de idade;



- Indivíduos que apresentem hipersensibilidade imediata (reação anafilática) após o recebimento de qualquer dose anterior, ou com histórico de hipersensibilidade aos componentes da vacina;
- Alérgico a ovos.

➤ **APRESENTAÇÃO**

- A vacina é apresentada sob a forma líquida, em frascos com dose única ou multidoses.

➤ **CONSERVAÇÃO**

- A vacina contra o vírus influenza é conservada em temperatura refrigerada (entre +2°C e +8°C);
- A vacina não pode ser congelada, caso atinja uma temperatura de 0°C deve ser desprezada. O congelamento provoca a perda de potência.

➤ **DOSE E VOLUME**

O esquema básico da vacina contra o vírus influenza varia conforme a idade da pessoa a ser vacinada:

- Para crianças de seis a 35 meses administrar duas doses de 0,25ml, com intervalo de 30 dias entre as doses;
- Para crianças de três a oito anos, administrar duas doses de 0,5ml, com intervalo 30 dias;
- Para crianças com nove anos/mais e adultos administrar uma dose de 0,5 ml;
- Todas as crianças que recebem a vacina pela primeira vez devem receber duas doses e nos anos seguintes uma dose.
- Doadores de sangue, após a vacinação aguardar 48 horas.



➤ **VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

- A vacina contra o vírus influenza é administrada por via intramuscular profunda;
- Nas crianças com menos de dois anos de idade, a injeção é administrada no vastolateral da coxa. A região do deltóide, face externa superior do braço, é utilizada preferencialmente, para a administração da vacina nos maiores de dois anos de idade.

➤ **EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS**

Local: dor local, endureção benigna e auto limitada, geralmente resolvida em 48 horas. Quando há abscessos geralmente está associado com infecção secundária ou erro técnico de aplicação;

Sistêmicas: entre 6 a 12 horas após a vacinação pode ocorrer febre, mal estar e mialgia persistindo por um ou dois dias.





14. IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS

14.1. POLIO Inativado (V I P)

Produto: Poliovirus inativados (tipo I, II, III);

Idade: A partir de 2 meses;

Doses: 3 doses com intervalo de 60 dias e dois reforços para crianças internadas.

Via de aplicação: IM Vasto lateral da coxa.

14.2. DPT acelular

Produto: Associação dos toxóides diftérico e tetânico com imunógenos derivados da Bordetella pertussis;

Idade: A partir de dois meses até 7 anos;

Dose: 3 doses com intervalo de 60 dias mais 2 reforços ou completar esquema vacinal iniciado pela DTP;

Via de aplicação: IM vasto lateral da coxa até 2 anos de idade após deltóide.

14.3. HAEMOPHILUS influenza (Hib)

Produto: Sacarídeo purificado de Haemophilus b, proteína diftérica CRM, NaCl solução 0,9% q.s.p., timerosal;

Idade: 2 a 6 meses;

Dose: 3 doses com intervalo de 60 dias, 02 doses em usuários com 7 a 11 meses (4 a 8 semanas de intervalo), não previamente vacinados; Dose única na faixa etária de 1 a 19 anos ou para imunodeprimidos;

Via de aplicação: IM vasto lateral da coxa até 2 anos de idade.



14.4. PNEUMO 10 VALENTE

Produto: constituída por 10 soros tipos de pneumococos.

Idade: Crianças de 2 meses a menores de 2 anos de idade.

Dose: Duas doses e um reforço (2M, 4M. e reforço aos 12meses);

Via de aplicação: IM vasto lateral da coxa.

14.5 MENIGOCÓCICA C

Produto: Polissacarídeo meningocócico do grupo c conjugado a proteínas carreadoras;

Idade: A partir de 3 meses de idade.

Dose: Duas doses e um reforço (3M, 5M com intervalo de doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias e um reforço entre 12 meses); maior de 1 ano a 2 anos: dose única até os 4 anos de idade.

Via de aplicação: Vasto lateral da coxa até os 2 anos;

14.6. EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS NESTES IMUNOBOLÓGICOS

Local: Dor, rubor, edema, endurecimento.

Sistêmicos: Febre, choro, irritabilidade, sonolência, anorexia, diarréia e vômitos podem ocorrer até seis dias após a aplicação.



14.7 IMUNOGLOBULINA ANTI HEPATITE B (IGHAHB)

➤ INTRODUÇÃO

A Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- Recém-nascido, cuja mãe tem sorologia positiva para HBsAg (antígeno de superfície) do vírus da hepatite B);
- Acidente com ferimento de membrana mucosa ou cutânea por instrumento

perfurocortante contaminado com sangue positivo para HbsAg;

- Contato sexual com pessoa que tenha sorologia positiva para HbsAg;
- Vítima de abuso sexual;

➤ OBSERVAÇÕES

- No caso de recém-nascido é imprescindível a administração da vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida;
- No caso de contato sexual, administrar a IGHAB e iniciar o esquema de vacina, preferencialmente até 14 dias após o contato.

➤ APRESENTAÇÃO

- A Imunoglobulina humana anti-hepatite B é apresentada sob forma líquida, em frasco/ampola contendo 1, 2 ou 5 ml, com 200 unidades por ml.

➤ CONSERVAÇÃO

- A Imunoglobulina humana tipo B é conservada entre +2°C e +8°C, conforme orientado neste manual. Não pode ser congelado, o congelamento provoca a perda de potência da mesma.



➤ DOSE E VOLUME

- A dose IGHAHB é única de 0,06ms/Kg de peso corporal. Para recém-nascidos e lactentes a dose indicada é de 100 UI ou 0,5ml.

➤ VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- A Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAHB) é administrada por via intramuscular, conforme orientada neste manual, ou de acordo com a prescrição médica;
- A região escolhida é o músculo deltóide: face superior do braço; músculo vasto lateral da coxa; glúteo no quadrante superior externo. Em crianças menores de dois anos, dar preferência ao músculo vasto lateral da coxa E (local oposto \ diferente ao da vacina de Hepatite B). As duas vacinas podem ser administradas concomitantemente.
- Quando a criança tiver sido imunizada com a vacina de Hepatite B ao nascer, ou com até 12 horas de vida, poderá aguardar a aplicação da Imunoglobulina contra hepatite B por 7 dias.

14.7.1. ROTINA DE SOLICITAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI HEPATITE B

Agente: Enfermeiro, Técnico/ Auxiliar de Enfermagem

Após prescrição médica, um funcionário do setor de Imunização, seguirá a rotina abaixo:

- Separar os seguintes documentos: xerox da carteirinha de vacinas da puérpera, xerox dos exames de Hepatite B que comprovem a patologia materna, resumo com os dados do parto (data, horário, sexo, peso do RN), receita com pedido da Imunoglobulina anti-Hepatite B, pedido de carro administrativo para buscar o Imunobiológico;
- Passar Fax para o Centro de Imunobiológicos Especiais do Hospital das Clínicas (C.R.I.E): Avenida Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 155 Prédio dos Ambulatórios, Cerqueira César, FAX (011) 26617517 e para confirmar tel (011) 26616392 ou no CRIE da UNIFESP: a Rua Borges Lagoa ,770 Vila Clementino, (011) 55764993 e (011) 50845005.



- Após confirmar a liberação da imunoglobulina, acompanhar o motorista ao C.R.I.E., tendo em mãos caixa com termômetro e gelo reutilizável (gelox), a fim de manter a temperatura interna entre + 2º C e 8 º C.

OBS: Solicitar o Imunobiológico de segunda à sexta-feira no Ambulatório de Especialidades do Hospital das Clínicas das 08:00 às 16:00 hs. Aos sábados, domingos e feriados ou após às 16:00h, a solicitação deverá ser feita no prédio central do H.C, na enfermaria de Moléstias Infecciosas(M.I) com o enfermeiro do setor através de ligação prévia no fone:(011) 26616135.

14.8. ROTINA PARA ABASTECIMENTO DE VACINA DE HEPATITE B NO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO (CCO)

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

- Contactar o CCO e verificar o estoque da vacina de hepatite, devendo ser de 30 doses. Caso tenha menos de 30 doses, fornecer as doses faltantes e seus respectivos insumos (seringas de 3 ml e agulhas 20x 5,5);
- Levar o caderno de protocolos preenchido e assinado com: número de doses, seringas, agulhas e lote da vacina;
- Transportar a vacina em caixa térmica (2º a 8ºC) e fazer a conferência concomitantemente com o funcionário do setor, no momento da entrega, solicitando que o mesmo assine e carimbe o recebimento;
- Somar, no final de cada mês, as doses fornecidas e subtrair pelo número de nascidos vivos maior de 1000 gramas.

Obs: As doses fornecidas ao Centro Cirúrgico têm um rígido controle de armazenamento.



14.9. ROTINA PARA VACINAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

O vacinador pode triar e/ou atualizar a carteira de vacinas dos funcionários que deverá ter, conforme calendário vacinal do adulto, as seguintes vacinas:

- 3 doses de Hepatite B;
- 3 doses de Dupla adulto e reforço cada 10 anos;
- 2 doses de SCR;
- 1 dose de DTPa R;
- 1 dose anual de Influenza.



15. ORIENTAÇÕES DE MANIPULAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE SOROS E VACINAS

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

O vacinador, antes de administrar a vacina ou soro deve:

- Lavar as mãos e organizar todo material, conforme orientado neste manual;
- Retirar a vacina ou soro da caixa térmica ou do refrigerador, conferindo o nome e o prazo de validade;
- Preparar a vacina, conforme orientado neste manual;
- Aspirar o volume a ser administrado, verificando na graduação da seringa se a dosagem está correta.

➤ **OBSERVAÇÕES**

- Quando utilizar o frasco multidose, ao aspirar cada dose, perfurar a borracha em locais diferentes, evitando a parte central da tampa;
- Antes de aspirar cada dose, limpar a borracha com algodão seco;
- Utilizar na administração da vacina a mesma agulha que aspira a dose;
- Colocar data, hora e rubricar o frasco, facilitando assim para o próximo uso;
- Recolocar o frasco na caixa térmica ou no refrigerador até a aspiração de outra dose.

Atenção: Não é mais orientada a manutenção de uma agulha no frasco, a borracha utilizada atualmente apresenta melhor resistência às múltiplas perfurações, em consequência do constante aperfeiçoamento dos materiais.



➤ CUIDADOS

- Preparar a pessoa, colocando-a em posição segura e confortável, fazendo a limpeza do local da administração;
- Injetar o líquido lentamente.

O vacinador após administrar a vacina deve:

- Desprezar a seringa e a agulha na caixa de perfurocortante;
- Estar atento às reações imediatas;
- Orientar a pessoa vacinada ou seu acompanhante usar compressa fria no caso de dor ou vermelhidão no local da administração;
- Lavar as mãos;
- Registrar o número do lote e a validade da vacina administrada;
- Orientar a pessoa vacinada ou seu acompanhante sobre o retorno, quando for o caso, para complementar o esquema básico de vacinação.

➤ CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBOLÓGICOS

- Os Imunobiológicos são sensíveis aos agentes físicos como a luz e o calor, especialmente por conterem na sua formulação antígenos e adjuvante. O calor é bastante prejudicial, pois acelera a inativação das substâncias que entram na composição dos produtos.



16. PROCEDIMENTOS BÁSICOS SEGUNDO AS VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS

16.1. VIA INTRADÉRMICA

Na utilização da via intradérmica a solução é introduzida na camada superficial da pele, chamada derme. A via intradérmica é uma via de absorção muito lenta, utilizada:

- Para administração da vacina BCG;
- Para realização de prova de hipersensibilidade, como o PPD.

O local mais utilizado para injeções intradérmicas é a face anterior do antebraço. O volume máximo indicado a ser administrado por essa via é de 0,5ml, sendo que para a vacina BCG, o volume a ser administrada corresponde a 0,1 ml.

A) MATERIAIS INDICADOS

- A seringa mais apropriada para a injeção intradérmica é a de 1 ml, que possui escalas de frações em mililitro (0,1 ml.);
- A agulha deve ser pequena (entre 10 e 13 mm, de comprimento), fina (entre 3,8 e 5 dec./mm de calibre) e com bisel curto.

B) PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Lavar as mãos;
- Escolher o local da administração;
- Fazer limpeza na pele, caso necessário;
- Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;
- Introduzir a agulha, paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;



- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose;
- Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- Lavar as mãos.

➤ **OBSERVAÇÕES**

- A limpeza deve ser feita com água e sabão;
- O álcool comum não deve ser utilizado pela sua baixa volatilidade (demora a secar) e pelo baixo poder anti-séptico;
- Em situações excepcionais utilizar o álcool a 70% e aguardar secar o local;
- A injeção intradérmica, especialmente o uso do álcool não é indicado para evitar uma possível interação com o líquido injetável, em face da presença dos poros e pelo fato de o líquido ser depositado muito próximo da epiderme;
- Imediatamente após a injeção da solução, aparece no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso/tipo casca de laranja, com bordas bem nítidas e delimitadas. A pápula formada desaparece posteriormente.

16.2. VIA SUBCUTÂNEA

Na utilização da via subcutânea a solução é introduzida na hipoderme, ou seja, na camada subcutânea da pele.

A via subcutânea é apropriada para a administração de soluções não irritantes, num volume máximo de 1,5ml, que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua, como é o caso das vacinas contra o sarampo, a caxumba e a rubéola (tríplice viral) E contra febre amarela.

Os locais mais utilizados para injeções subcutâneas são:

- A região do deltóide no terço proximal;
- A face superior externa do braço;



- A face anterior da coxa;
- A face anterior do antebraço.

A) MATERIAIS INDICADOS

- As seringas mais apropriadas para injeção subcutânea são as de 1, 3, 5 ml;
- Agulha deve ser pequena (entre 13 e 20 mm de comprimento), fina (entre 4 e 6 dec./mm de calibre) e com bisel curto;

B) PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Lavar as mãos;
- Escolher o local da administração;
- Fazer a limpeza da pele, caso necessário;
- Pinçar o tecido do local da administração com o dedo indicador e o polegar, mantendo a região firme;
- Introduzir a agulha com bisel voltado para cima, com rapidez e firmeza;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo, caso algum vaso seja atingido, retirar a agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento com preparo de nova dose;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Lavar as mãos.

16.3. VIA INTRAMUSCULAR (IM)

- Na utilização da via intramuscular a solução é introduzida dentro do tecido muscular.



- É uma via apropriada para administração de soluções irritantes (aquosa ou oleosa) em volumes superiores a 1,5ml, até no máximo 5 ml, a escolha da injeção intramuscular também é feita quando há necessidade de o produto ser absorvido rapidamente, ou quando é preciso obter efeitos mais imediatos.
- São exemplos de vacinas administradas por via intramuscular a tríplice bacteriana (DTP), a dupla infantil e adulto (DT e dt), a vacina contra a infecção pelo hemophilus influenza e tipo b, vacina contra a hepatite B, contra a raiva de uso humano, contra a raiva do vírus inativados, contra a poliomielite de vírus inativados, entre outras.
- Os locais selecionados devem estar distantes dos mandes nervos e vasos sangüíneos; sendo os mais utilizados:
- O músculo vasto lateral da coxa, no terço médio da coxa, medido entre o Joelho e o trocanter maior;
- O dorso glúteo ou músculo grande glúteo, no quadrante superior externo; músculo deltóide.

A) MATERIAIS INDICADOS

- A seringa para a injeção intramuscular varia conforme o volume a ser injetado (entre 1,3, 5ml.);
- O comprimento e o calibre da agulha variam de acordo com a massa muscular e a solubilidade do líquido a ser injetado (entre 20 e 40 mm de comprimento e 5,5 a 9 dec./mm de calibre); Ex:20x5,5,25x7,30x7,25x8,30x8.
- O bisel da agulha deve ser longo, para facilitar a introdução.

B) PROCEDIMENTOS GERAIS PARA ADMINISTRAÇÃO

Agente: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Lavar as mãos;
- Escolher o local da administração;
- Fazer a limpeza da pele, caso necessário;



- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- Introduzir a agulha em ângulo reto (90°);
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo; caso algum vaso seja atingido, retirar a agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento com preparo de nova dose;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa com a agulha, em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão seco;
- Lavar as mãos.

Obs.: Em criança com pouca massa muscular, utilizar angulação de 60° em sentido podálico.

C) PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO NO VASTOLATERAL DA COXA

- Colocar a pessoa em decúbito dorsal, decúbito lateral ou sentada;
- Localizar o terço médio da face externa da coxa;
- Administrar a injeção intramuscular, conforme procedimentos gerais descritos neste item na letra b;

D) PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO NO DELTÓIDE

Colocar a pessoa na posição sentada ou em decúbito lateral, para maior conforto;

- Localizar o músculo deltóide e traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima;
- Administrar a injeção intramuscular no centro do triângulo imaginário, conforme procedimentos gerais descritos neste item, letra b.





17. PROCEDIMENTOS BÁSICOS NA UTILIZAÇÃO DE TERMÔMETROS

Em todas as instâncias da rede de frio, o controle da temperatura é feito mediante a verificação de termômetros, na sala de vacinação, nos postos de vacinação fixos e volantes. Os Imunobiológicos devem ficar entre +2°C e +8°C, que é a temperatura a ser mantida no interior do refrigerador e de caixas térmicas. Para verificar e controlar a temperatura utiliza-se os seguintes termômetros:

➤ DE MÁXIMA E MÍNIMA COM CABO EXTENSOR DIGITAL

A temperatura dos equipamentos é verificada, pelo menos, duas vezes, no início e no final do dia de trabalho. Em cada verificação, a temperatura lida no termômetro é registrada no formulário de controle de temperatura ou em outro impresso específico.

➤ TERMÔMETRO DE MÁXIMA E MÍNIMA

- O termômetro de máxima e mínima (figuras 1 e 1A) permite verificar as variações de temperatura num período de tempo preestabelecido, oferecendo três tipos de informações: temperatura mínima (mais fria); a temperatura máxima (mais quente) e a temperatura do momento;
- O termômetro digital com cabo extensor fica localizado no lado externo da caixa de isopor e geladeira, (fixados com fitas adesivas) e o cabo extensor no lado interno das mesmas.

➤ OBSERVAÇÕES

- Ao verificar qualquer alteração, como por exemplo, temperatura máxima acima do limite ou temperatura mínima abaixo da recomendada, registrar no formulário para controle de temperatura, no espaço “falho”, a hora da ocorrência, a temperatura atingida e os dias que o equipamento ficou parado. No espaço "observações" registrar outras informações sobre a ocorrência;



- Comunicar a ocorrência imediatamente à instância superior da rede de frio, e proceder conforme orientação;
- Após a leitura das temperaturas, preparar o termômetro para reiniciar o processo de medição no próximo período. Para isso, pressionar o botão central, a fim de anular a temperatura máxima e mínima.

FIGURA 01
(CAIXA DE ISOPOR)



FIGURA 1A
(DE GELADEIRA)





MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

MÊS	ANO
-----	-----

SP	MUNICÍPIO	UNIDADE SANITÁRIA	GELADEIRA	FREEZER
----	-----------	-------------------	-----------	---------

PERÍODO											OBSERVAÇÃO	
MANHÃ						TARDE						
DIA	HORA	MOMENTO	MIN.	MÁX.	RUBRICA	DIA	HORA	MOMENTO	MIN.	MÁX.		RUBRICA
01						01						
02						02						
03						03						
04						04						
05						05						
06						06						
07						07						
08						08						
09						09						
10						10						
11						11						
12						12						
13						13						
14						14						
15						15						
16						16						
17						17						
18						18						
19						19						
20						20						
21						21						
22						22						
23						23						
24						24						
25						25						
26						26						
27						27						
28						28						
29						29						
30						30						
31						31						

FALHA

HORA	TEMPERATURA ENCONTRADA	DIAS PARADOS
------	------------------------	--------------

OBSERVAÇÕES





18. PROCEDIMENTOS BÁSICOS NA UTILIZAÇÃO DO REFRIGERADOR

- O refrigerador e a câmara de conservação são equipamentos vitais para conservação dos Imunobiológicos na instância local, ou seja, na sala de vacinação.
- O estoque de Imunobiológicos no serviço de saúde não deve ser maior que a quantidade prevista para o consumo de dois meses, a fim de reduzir os riscos de exposição de vacinas e soros a situações que possam comprometer a qualidade dos produtos.

➤ CUIDADOS GERAIS

No que se refere aos cuidados gerais com o refrigerador, adotar os seguintes procedimentos:

- Colocar o equipamento distante de fonte de calor, como estufa e autoclave, e fora do alcance dos raios solares.
- Deixar o refrigerador perfeitamente nivelado;
- Afastar o refrigerador da parede, pelo menos 20 cm, de modo a permitir a livre circulação do ar no condensador;
- Usar tomada ou conexão com fonte de energia elétrica exclusiva e com gerador para o refrigerador, evitando ligá-lo junto com outros equipamentos na mesma tomada, usando "T" ou "Benjamim";
- Regular o refrigerador de forma que a temperatura interna permaneça entre +2°C e +8°C;
- Ajustar o termostato de forma a encontrar o ponto ideal que vai permitir a manutenção da temperatura do refrigerador entre +2°C e +8°C;

➤ OBSERVAÇÕES

- O termostato depois de ajustado não deve ser manipulado, nem mesmo durante a limpeza;



- Verificar a temperatura, pelo menos duas vezes ao dia, registrando-a no formulário de controle de temperatura (figura 2), afixado na porta do refrigerador;
- Usar o refrigerador e a câmara de conservação única e exclusivamente para conservar Imunobiológicos, não permitindo a guarda de outros produtos, como medicamentos, material de laboratório, material odontológico, alimentos e bebidas. A guarda de outros produtos e materiais no refrigerador aumenta a possibilidade de contaminação e de alteração da temperatura interna do equipamento, podendo causar a perda de potência dos Imunobiológicos;
- Evitar abrir o refrigerador de estoque toda vez que for administrar uma vacina, abri-lo somente duas vezes, no início e no final de cada dia de trabalho;
- Fazer uma previsão do número de pessoas que irá procurar o serviço de saúde naquele dia e retirar as vacinas (quando for o caso acompanhadas de diluentes);
- Acondicioná-los no refrigerador de uso diário ou em caixa térmica com gelo reciclável e termômetro;
- Podem ser congeladas: Vacinas de vírus atenuados (Sabin, contra sarampo, tríplice viral);
- Não podem ser congeladas: vacinas de microorganismos mortos (contra raiva) e as anatoxinas (DTP, Dupla adulto, dupla infantil, BCG, e os soros, etc.).



19. LIMPEZA DA UNIDADE

O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções.

Este capítulo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma, temos a preocupação de oferecer aos profissionais desta instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.

19.1. DEFINIÇÕES DE TERMOS

ÁREA CRÍTICA: Local que oferece maior risco de transmissão de infecção seja pela baixa resistência do paciente ou pelas atividades desenvolvidas. Exemplo: Bloco Cirúrgico.

CONCEITOS DE LIMPEZA: A limpeza é o processo de localizar, identificar, conter, remover e se desfazer de forma adequada, substâncias indesejáveis, ou seja, poluentes de uma superfície ou ambiente. Em outra definição, limpeza é a remoção de qualquer corpo indesejável, visível ou não, de uma superfície, sem alteração das características originais do item que está sendo limpo, e onde o processo utilizado não seja nocivo ao meio ambiente.

LIMPEZA HOSPITALAR: É o processo de remoção de sujidades mediante a aplicação de ação ou energia química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo. Consideraremos como limpeza hospitalar a limpeza das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diversas áreas hospitalares, o que inclui pisos, paredes, janelas,



mobiliários, instalações sanitárias, sistemas de ar condicionado e caixas d'água.

LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE: É a limpeza feita nas superfícies hospitalares mais freqüentemente utilizadas enquanto ocupadas por pacientes. Pode ser realizada mais de uma vez por dia, quando necessário.

LIMPEZA TERMINAL: É a limpeza que abrange todas as superfícies (teto, parede, piso e mobiliário). Pode ser feita após alta, óbito ou transferência do paciente, após o término do turno de trabalho, ou conforme protocolo previamente estabelecido (semanal, quinzenal, mensal, etc.). A enfermagem retira roupas da cama e solicita ao serviço de limpeza que faça a limpeza terminal do leito, assim que a paciente tiver alta hospitalar.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A LIMPEZA:

- Unidirecional (não realizar movimentos de vai e vem);
- De cima para baixo;
- Do mais distante para o mais próximo;
- De dentro para fora;
- De trás para frente;
- Do mais limpo para o mais sujo.

DESINFECÇÃO: Destruição de microorganismos, exceto os esporulados, pela aplicação de meios físicos ou químicos, em artigos ou superfícies.

DESINFECÇÃO CONCORRENTE: É a desinfecção feita após a limpeza concorrente.

DESCONTAMINAÇÃO: Procedimento realizado nos casos de extravasamento de matéria orgânica (sangue, secreções, excrementos).



DESINFECÇÃO TERMINAL: É a desinfecção feita após a limpeza terminal.

DEGERMAÇÃO: Remoção ou redução de microorganismos da pele, seja por meio de limpeza mecânica (sabão com escovação), seja por meio de agentes químicos (anti-sépticos).

ASSEPSIA: Processo que permite afastar os germes patogênicos de um local ou objeto.

19.2. PRODUTOS DE LIMPEZA

19.2.1. Conceitos:

Sabões/detergentes: são solúveis em água, contém tensoativos em sua formulação, com a finalidade de emulsificar e facilitar a limpeza.

Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microorganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e anti-sépticos.

Desinfetantes: são germicidas de nível intermediário de ação, não são esporicidas.

19.2.2. Produtos Utilizados

- Água;
- Detergente;
- Cloro orgânico;
- Álcool;
- Hipoclorito de Sódio.



PRODUTO	DILUIÇÃO	UTILIZAÇÃO	TEMPO DE AÇÃO
Detergente ou Sabão neutro	De acordo com a orientação do fabricante	Indicado na limpeza de superfícies, (concorrente e terminal).	Imediato
Cloro Orgânico	Usar na forma líquida: diluir 300grs do produto para 10 litros de água (3%).	Desinfecção de sanitários e descontaminação de superfícies.	<u>10 minutos</u>
Álcool	Utilizado na concentração de 70%	Indicado na desinfecção de mobiliários em geral e equipamentos permanentes	Imediato
Hipoclorito de Sódio	Utilizado na concentração de 1%	Indicado na desinfecção de: teto, paredes, pisos e outras superfícies fixas.	10 minutos

19.3. PERIODICIDADE DE LIMPEZA NA IMUNIZAÇÃO

19.3.1. Limpeza concorrente: A equipe de enfermagem realiza uma alcoolização na Sala de Imunização no início e no final do plantão. A equipe de limpeza recolhe os resíduos e realiza uma vez ao dia a limpeza concorrente no piso.



19.3.2. Limpeza Terminal: Uma vez por semana (todo o sábado no período da tarde), é realizada a limpeza terminal. Todo o mobiliário é alcoolizado pela equipe de enfermagem. A limpadora efetua a limpeza do piso, do rodapé e das paredes com detergente e hipoclorito a 1%. Na presença de matéria orgânica, o excesso é retirado previamente à limpeza com papel absorvente. Vale ressaltar que tanto o Hipoclorito de Sódio como o Cloro Orgânico tem o tempo de ação de 10 minutos.





20. SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniela Sayuri Misawa

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não cause dano”.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços¹. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas².

Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis^{3,4,5}.

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013⁶ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36⁷, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:



- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;
- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco.



Figura 1. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



20.1. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.



O que notificar?


Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Figura 2), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.



Figura 2. Impresso de notificação de incidentes/ eventos adversos (frente).



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

Data da notificação:
 ____/____/____

ETIQUETA
 Prontuário: _____
 Nome: _____
 Mãe: _____
 CNIS: _____
 SIS pré-natal: _____
 Setor: _____ Enfermária: _____ Lato: _____

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA
A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE	
Idade: Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Gestante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não
Data da ocorrência: ____/____/____	
Data da admissão: ____/____/____	
DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)	
Nome: _____	Função: _____
e-mail: _____	
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	
Local da ocorrência: ____/____/____	Quantas vezes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Mais de quatro vezes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez
Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto <input type="checkbox"/> Unidade Neonatal <input type="checkbox"/> UTI Adulto <input type="checkbox"/> Internação Adulto <input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> CGAR	
Fato: O que aconteceu? <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Pré-parto <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Outros	
Possíveis falhas: <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Equipamento <input type="checkbox"/> Estrutura <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Outros	
A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos)	
Providências Tomadas: _____	
Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 5 urnas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos e Bloco Cirúrgico	

Formulário para Notificação de Incidentes - frente - Cód. 196A



Figura 3. Urna para depositar as notificações.

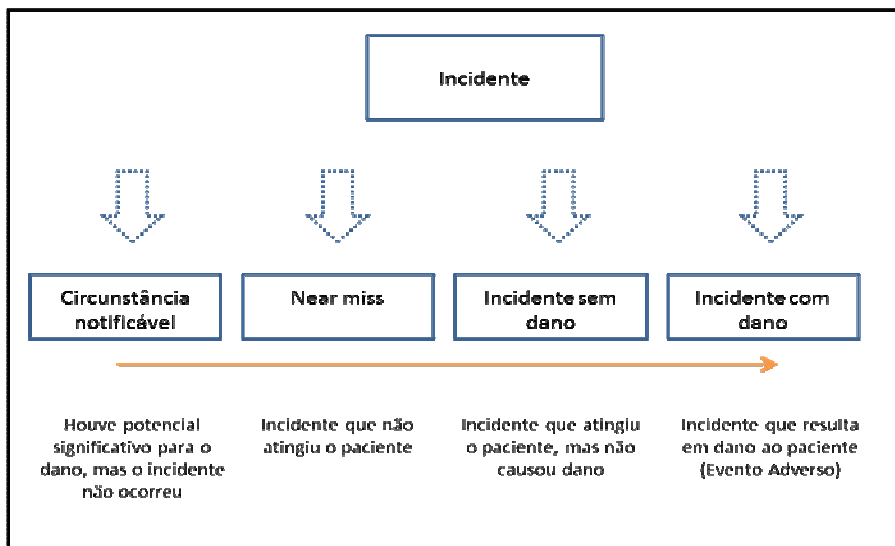


Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas.



Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de *Brainstorming* e Diagrama de Ishikawa para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

20.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente, como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim.

No HMEC desde o início essas iniciativas foram norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 3 Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust.* 1995;163(9):458–71.
- 4 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMed J.* 2001;322:517–9.
- 5 Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Med Assoc J.* 2004; 170:1678-86.
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- 7 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jul 2013.
- 8 Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med.* 2002; 347.20.
- 9 The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/



FONTES CONSULTADAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - Manual de Procedimentos para Vacinação. Brasília, Novembro de 2001.
2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE - Suplemento da Norma Técnica do Programa de Imunização. Introdução de novas vacinas no Calendário Estadual de Imunização. São Paulo. 2011.
3. Secretaria do Estado da Saúde. Educação Continuada NGA 63 – Várzea do Carmo. YOSHINO, H.M.T.; MALDONADO, M.; BASTAZINI, H.J. Atualização em Imunobiológicos. São Paulo, 13 a 16/09/2011.
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE - Atualização do Calendário vacinal. São Paulo, 2012.
5. Nota Informativa Nº 149, de 2015/CG PNI/DEVIT/SUS/MS.
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica -CVE- Atualização do Calendário vacinal.São Paulo, 2016.
7. COREN. Anotações de Enfermagem. COREN-SP, 2009. Disponível em:
http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf
8. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Lei que regulamenta o exercício da enfermagem;
9. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 – Que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
10. Código de ética dos profissionais de enfermagem – Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.
11. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005.





ANEXOS



ANEXO I

VACINAS E DOENÇAS QUE IMUNIZA

VACINAS	O QUE IMUNIZA
BCG bacilo de callmette e guerin)	Formas graves de Tuberculose.
HEPATITE B (AgsHB)	Hepatite B.
PENTAVALENTE, (DTP, HIB, HB)	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus Influenzae,
V.I. P (Vacina Inativa contra Pólio-Injetável)	Poliomielite, Paralisia Infantil.
ROTAVÍRUS HUMANO	Diarréia e desidratação causada por Rotavírus.
VACINA PNEUMOCÓCICA 10 CONJUGADA	Pneumonia, Otite, Meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo.
MENINGOCÓCICA C	Doença invasiva causada Neisseria meningite do soro grupo C.
V.O. P (Vacina oral contra pólio-gota)	Poliomielite, Paralisia Infantil.
FEBRE AMARELA	Febre Amarela, usada em lugares endêmicos.
TRIPLICE VIRAL	Sarampo, Caxumba, Rubéola.
dT	DUPLA ADULTO, Difteria e Tétano.
INFLUENZA	Influenzae A e B.
TETRAVALENTE, (DTP, HIB)	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus Influenzae.



ANEXO II



Calendário da Criança até 6 anos de idade 2016

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG, Hepatite B
2 meses	(DTP-Hib-HB) PENTA, VIP, Rotavírus, Pneumo10
3 meses	MenC
4 meses	(DTP-Hib-HB) PENTA, VIP, Rotavírus, Pneumo10
5 meses	MenC
6 meses	(DTP-Hib-HB) PENTA, VIP
9 meses	Febre amarela
12 meses	SCR, MenC, Pneumo10
15 meses	DTP, VOP, Hepatite A, SCR-Varicela (Tetraviral)
4 anos	DTP, VOP, Febre amarela
9 anos (meninas)	HPV
15 anos	dT
6m a < 5 anos	Influenza



COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2016

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutiva.*
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.*
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.*