

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR



**Melhor em Casa**

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

**Caderno de Atenção**

**Domiciliar**

**Volume 2**

## CAPÍTULO 5

### **PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS NA ATENÇÃO DOMICILIAR E A SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

#### **1. Introdução**

A relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar tem se mostrado um importante desafio para os profissionais, por se tratar de um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da saúde, diferentemente dos hospitais e outras instituições de saúde, onde a equipe técnica se sente familiarizada e protegida pelas normas das instituições.

A produção do cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada paciente.

A atenção domiciliar incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente, necessitando das tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo as relações desenvolvidas em domicílio um bom exemplo de tecnologia leve, com a produção de vínculo, autonomia e acolhimento (MERHY, 2002). Deve-se destacar a importância da avaliação clínica para os cuidados no domicílio e na elaboração compartilhada do projeto terapêutico singular - PTS (ver Cap. 1 Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar), considerando o contexto familiar.

E como o trabalho em saúde resulta de um processo coletivo, realizado por um conjunto de profissionais com núcleos de saber específicos e distintos, faz-se necessário ressaltar a atuação em equipe no cuidado domiciliar. Além da busca por romper com a prática fragmentada do trabalho em saúde e atuar com a visão centrada no usuário (MERHY, 2002).

Desta maneira, fica evidente a necessidade da atenção multiprofissional/interdisciplinar com horizontalização das relações, possibilitando a contribuição de todos os saberes no cuidado ao usuário. As práticas clínicas cuidadoras com estes arranjos organizacionais proporcionam corresponsabilização da equipe, vinculação e socialização de conhecimentos.

No domicílio, como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário, permite interações que desencadeiam transformação nas relações de trabalho, compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade

da atenção. Logo, a construção do plano de cuidado na atenção domiciliar deve ser compartilhada por todas as partes e saberes envolvidos (usuário, família, cuidador e profissionais de saúde).

À luz dos princípios discutidos acima, serão abordados neste capítulo, aspectos gerais acerca da normatização do processo de trabalho, sobretudo os relacionados ao trabalho da enfermagem, e os procedimentos mais comuns realizados no âmbito da atenção domiciliar.

Desta forma, o objetivo aqui é ressaltar a importância da sistematização de alguns processos, com a construção e utilização de protocolos, levando em consideração as singularidades no encontro entre equipe de saúde e paciente; e também apontar procedimentos comuns na prática da AD. Com a clareza de que este material não esgota todos os aspectos a serem discutidos, estão elencadas, ao final do capítulo, várias leituras sugeridas no tópico "Para Saber Mais" e em "Referências Sugeridas".

## **2. Diretrizes para a sistematização do processo de trabalho na atenção domiciliar**

Rotinas e padrões são definidos com o objetivo de estabelecer diretrizes para o controle e a melhoria da qualidade. Assim, a padronização de alguns processos são diretrizes detalhadas que representam o atendimento previsível, apontando o que precisa ser melhorado nos processos e resultados das organizações (GUERRERO *et al*, 2008).

Desta forma, "a falta de padronização dos procedimentos, inexistência de normas e rotinas e a não utilização de metodologia da assistência (...) podem indicar desorganização do serviço (...) devido às diferentes formas de conduta profissional" (GUERRERO *et al*, 2008). Além disso, a falta de padronização também pode levar a resultados diferentes ou dificultar o alcance dos resultados esperados. Então, padronizar possibilita, também, conhecer o "percurso" que levou a atingir o objetivo final, para que se consiga atribuir a este resultado esperado a ação que levou a alcançá-lo.

Os instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, baseada em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento. Os instrumentos utilizados para normatizar são a base para a organização sistêmica dos serviços e ferramentas indispensáveis para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos SAD (EDDY, 1990).

Orientados por diretrizes de natureza clínica, técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas e práticas exitosas.

A literatura recente apresenta vários instrumentos de normatização dos serviços, e a grande maioria dos estudos são sobre os protocolos de atenção à saúde. Entre estes, os protocolos de organização de serviços e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), tem como foco principal a padronização de condutas clínicas, ambientes, ambulatoriais e hospitalares, devendo contemplar também os Serviços de Atenção Domiciliar.

É importante salientar que esses instrumentos devem seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e os pressupostos da Atenção Domiciliar - AD. São estratégias essenciais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção da qualidade dos serviços.

Alguns conceitos importantes no processo de normatização dos SAD são apresentados, e a seguir são apontadas sugestões de instrumentos de normatização:

#### **Protocolos:**

São as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaborado a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços.

#### **Protocolos clínicos:**

São instrumentos direcionadores a atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas. Desta forma, estes protocolos poderão ser adaptados aos aspectos necessários às práticas de cuidado no domicílio.

#### **Protocolos de organização dos serviços:**

São instrumentos da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território. Deve contemplar os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de

atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais.

### **Manual de Procedimentos:**

É a sistematização de todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), neste caso dos SAD. Consiste em uma coletânea de procedimentos e responsabilidades de todos os profissionais da equipe, devendo ser atualizados e revisados por profissionais habilitados na área específica de que trata o manual. O Procedimento Operacional Padrão (POP) é a base para garantia da padronização das tarefas e conseqüentemente, para assegurar aos usuários um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final. A seguir, na Tabela 1, alguns protocolos organizacionais para o processo de trabalho na AD.

**Tabela 1**

<b>Protocolos Organizacionais</b>
<b>Unidade de Transporte do SAD</b>
É de suma importância que o transporte operacional sanitário esteja sempre em boas condições de uso, pois uma falha em seu funcionamento causaria no mínimo um aumento no tempo resposta, podendo até causar a interrupção do serviço, já que os mesmos estão presentes e se fazem essenciais e obrigatórias na quase totalidade das ações executadas. Desta forma, cabe à gerência do SAD e às equipes manter transporte em funcionamento e operação, instituindo o protocolo com linhas gerais de como e quando o condutor/operador do transporte deve executar a manutenção, além de fixar alguns itens que devem ser observados na manutenção, para o transporte dos materiais, equipamentos e limpeza.
<b>Protocolo ou Manual da AD</b>
Este manual deverá ser elaborado pelas equipes de AD e gestores, servindo como base para a estruturação e manutenção do serviço e estar de acordo com as legislações vigentes (Portaria nº 2527/ 2011/ Resolução - RDC N°- 11/2006), sendo indispensáveis os seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Conceitos, princípios e diretrizes gerais, que vão nortear as ações e atividades das equipes de AD;</li><li>✓ Adscrição da clientela;</li><li>✓ Modalidades de Atenção Domiciliar (AD) ofertada pela equipe do SAD: AD1; AD2 e AD3;</li><li>✓ Critérios de inclusão e alta;</li><li>✓ Operacionalização da assistência;</li><li>✓ Registros – prontuários do serviço e domiciliar;</li><li>✓ Recursos Humanos e atribuições da equipe;</li><li>✓ Inserção nas Redes de Atenção a Saúde.</li><li>✓ Inserção nas Redes Sociais;</li><li>✓ Identificação do cuidador;</li><li>✓ Termo de Consentimento;</li><li>✓ Recursos de infraestrutura e apoio logístico;</li><li>✓ Controle e avaliação</li></ul>

### Protocolo de diretrizes para gestão de insumos e medicamentos no SAD

Devem conter em sua organização as diretrizes que vão abranger padronização, especificação, classificação e dispensação dos itens inerentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais. Para garantir a qualidade na assistência, os insumos e medicamentos devem ser transportados adequadamente e chegar ao usuário, na quantidade, do tipo e no momento oportuno.

### Protocolo de Biossegurança

A Biossegurança trabalha a prevenção de acidentes biológicos e a prevenção da transmissão de infecções, através do uso adequado de medidas padrões. O protocolo de Biossegurança deve ser elaborado pela Comissão de Controle e Infecção Domiciliar - CCID juntamente com as equipes do SAD, e deve conter os padrões de biossegurança, controle de antimicrobianos e precauções, orientando as EMAD/EMAP, usuários, cuidadores e familiares.

São ações que cabem ao SAD:

- ✓ Padronização e a disponibilização de EPI para EMAD/EMAP, cuidadores e familiares;
- ✓ Imunização dos profissionais das EMAD/EMAP, dos cuidadores e familiares;
- ✓ Estabelecer fluxos e condutas em acidentes com perfurocortantes e exposição a material biológico;
- ✓ Em relação ao ambiente físico domiciliar, avaliar os requisitos de infraestrutura do domicílio, para segurança do usuário, família e EMAD/EMAP.

Para garantir a segurança do usuário, em qualquer esfera de cuidado, alguns passos são considerados fundamentais, sendo eles a identificação do paciente, a higienização das mãos, as conexões corretas (cateteres e sondas), o procedimento seguro, a administração segura de medicamentos, a comunicação efetiva, a prevenção de quedas e úlceras, e outras questões para a segurança na utilização da tecnologia. Além disso, estimular o paciente, família ou cuidador a participar, de forma segura, da assistência prestada. Os profissionais devem conhecer os princípios da Norma Regulamentadora 32 - NR 32, que estabelece medidas de proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, com objetivo de prevenir os acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho, eliminando ou controlando as condições de risco presentes nos Serviços de Saúde (BRASIL, 2005). Estes princípios devem ser conhecidos e adaptados ao ambiente domiciliar.

As ações preventivas, como uso de EPI, a organização do ambiente de trabalho, o uso de outros tipos de proteção de maneira correta e principalmente a conscientização dos trabalhadores e dos empregadores podem minimizar e evitar danos a saúde de todos, ressaltando) que as ações corretivas podem ser mais dispendiosas que as ações preventivas. No mundo todo, a regulamentação para biossegurança impõe limites, adequa os processos de trabalho, principalmente na área da saúde, propicia ação multidisciplinar, envolvendo responsáveis e coordenadores por estas ações, com o objetivo de diminuir os acidentes ocupacionais (MENDES *et al*, 2008).

Conforme a NR 32, o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA é uma ferramenta que deve conter a avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando a finalidade e descrição do local de trabalho, a organização e os procedimentos realizados. Neste, a possibilidade de exposição aos riscos, a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho e as medidas preventivas aplicáveis ao seu acompanhamento (prevenção e controle dos riscos), devem ser atualizadas e revisadas anualmente ou sempre que houver alterações nas condições de trabalho.

Na AD poucos são os estudos que mensuram os riscos biológicos na assistência a saúde, no entanto, entende-se que o domicílio como espaço para "o cuidar" também pode apresentar riscos aos profissionais, por isso deve se considerar todos os princípios de segurança supracitados.

### Comissão de Controle de Infecção no Domicílio - CCID

Com a expansão dos cuidados domiciliares através da implementação do Programa Melhor em Casa, aumenta-se a preocupação com o controle de infecção vinculada a procedimentos invasivos (cateteres e sondas) e o uso racional de medicamentos no domicílio. A CCID vai propiciar a orientação para as EMAD e EMAP quanto à prestação da assistência segura e da infraestrutura adequada, observando medidas de prevenção de infecção, incluindo os usuários e familiares nas orientações sobre estas medidas. O objetivo final é reduzir ao máximo os índices de infecção.

### Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - PGRSS.

De acordo com a RDC N° 306 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, a responsabilidade pela destinação final e todo o gerenciamento dos resíduos passou a ser do gestor da instituição que o gera, com base nas normas estabelecidas pela ANVISA. Portanto todo o SAD deve ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde específicos e de acordo com a assistência prestada (BRASIL, 2006).

Os resíduos de saúde domiciliar devem ser classificados em quatro grupos:

**Grupo A:** lixo infectante - o acondicionamento desse material é feito em sacolas especiais e identificadas. A coleta, transporte e destino final são feitos por empresa especializada.

**Grupo B:** resíduos químicos - material biológico gerado pelo paciente em tratamento pode ser descartado diretamente na rede de esgoto. Contudo, os medicamentos quimioterápicos e antineoplásicos devem ser descartados em caixas coletoras que são acondicionadas em recipiente rígido, identificado de forma visível com o nome do conteúdo. Essas caixas são recolhidas por empresas licenciadas e encaminhadas para a incineração.

**Grupo C:** lixo comum - são acondicionados em sacos preto-transparentes, resistentes, de modo a evitar derramamento durante o manuseio. São descartados normalmente no domicílio e encaminhados ao destino final (aterro sanitário) por uma instituição licenciada.

**Grupo D:** perfuro cortante - deve ser acondicionado separadamente na residência do paciente, imediatamente após uso. O acondicionamento é feito em recipiente rígido acrescido da inscrição de "resíduo perfurocortante" e colocado em local seguro, seco e em suporte.

O material é recolhido na residência do paciente pela equipe do SAD, mantido em abrigo de resíduos próprio (que segue as especificações da vigilância sanitária RDC N° 50) e, em seguida, recolhido por órgãos licenciados para serem incinerados.

Em relação à elaboração PGRSS, deve ser elaborado pela equipe e gestores ou CCID e de acordo com a realidade local. Vale ressaltar a importância do profissional realizar a orientação do paciente, dos familiares e do cuidador para a necessidade de todos contribuírem na implementação do PGRSS do SAD.

### 3. Procedimentos mais comuns em Atenção Domiciliar

Alguns procedimentos técnico-assistenciais comumente utilizados no cuidado a pacientes internados em hospitais ou em acompanhamento ambulatorial também o são na modalidade de AD. Apesar de existirem cuidados especiais para alguns procedimentos no domicílio, a maioria deles é passível de serem realizados neste ambiente com segurança.

Para a realização de todos os procedimentos, é necessário a construção de uma descrição sistematizada e padronizada com o intuito de garantir a resolutividade da assistência (Procedimento Operacional Padrão - POP), que devem apresentar uma estrutura mínima, composta por: objetivo, responsabilidade, descrição do procedimento técnico, material necessário, ação corretiva e cuidados especiais em AD. Todo SAD deve elaborar os POP com a participação das equipes de AD (EMAD e EMAP).

Ressalta-se a necessidade de se manter a singularidade de cada usuário e família, com o olhar da clínica ampliada para a apropriação da técnica que qualifique o trabalho em saúde. Na tabela 2 são apresentados alguns dos principais procedimentos e cuidados em AD.

**Tabela 2**

<b>Procedimentos e Cuidados em AD</b>		<b>Modalidades</b>
<b>Estomias</b>		
Observar as características de normalidade do estoma, o efluente e a pele. Reforçar e/ou orientar a prevenção de dermatite periestoma, ou ainda tratar as afecções cutâneas instaladas.		
<b>Traqueostomia</b>	Troca de cânula (com cilindro de oxigênio), higienização, aspiração e descanulação.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Gastrostomia</b>	Troca de sonda, curativo e retirada de sonda.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Jejunostomia</b>	Troca de sonda, curativo e refixação.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Colostomia</b>	Troca da bolsa, higienização e curativos.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Ileostomia</b>	Troca de bolsa, higienização e curativos.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Cistostomia definitiva</b>	Troca de bolsa, higienização.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Cistostomia provisória</b>	Troca de sonda e curativo.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Nefrostomia</b>	Troca de sonda e curativo.	AD 2
		AD 3
<b>Ureterostomia</b>	Troca de bolsa e higienização.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Sondagens</b>		
<b>Vesical de alívio</b>	Treinamento de autocateterismo e cateterismo de alívio.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Vesical de demora</b>	Troca de sonda e higienização.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Nasogástrica</b>	Troca de sonda, fixação e higienização.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Orogástrica</b>	Fixação e troca da sonda.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Nasoentérica</b>	Troca da sonda, higienização e fixação.	AD 1
		AD 2
		AD 3



<b>Curativos</b>		
<b>Feridas Agudas</b>		
<b>Traumáticas e Pós-operatórias</b>	Manter o leito da ferida limpo, livre do risco de infecção e curativos diários ou conforme necessidade.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Feridas Crônicas</b>		
<b>Feridas com presença de tecido inviável ou necrose</b>	Realizar desbridamento, promover a restauração da matriz extracelular e tecido de granulação.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Feridas com presença de infecção ou inflamação</b>	Remover ou reduzir a infecção e inflamação, controlar a dor, orientar cuidador quanto aos cuidados com a contaminação e manuseio com o paciente.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Feridas limpas com tecido de granulação</b>	Manter leito da ferida limpo e controlar umidade, diminuir risco de infecção.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Punções</b>		
<b>Punções Periféricas</b>		
<b>Com cateter flexível</b>	Fixação e cuidados com infiltração.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Com cateter rígido</b>	Fixação, cuidados com infiltração e mobilização do paciente.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Punções Centrais</b>		
<b>Inserção Periférica</b>	Cuidados com a manutenção do cateter evitando a obstrução, curativo e fixação.	AD 3
<b>Inserção Central</b>	Curativo e fixação, cuidar com movimentos bruscos que possam tracionar o cateter.	
<b>Port Cat</b>	Heparinização ou salinização, curativo e fixação.	AD 2
		AD 3
<b>Outros</b>		
<b>Enteroclistma</b>	Higienização e manobras de alívio intestinal.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Coleta de material Biológico</b>	Observar a técnica asséptica, manuseio dos materiais e envio correto das amostras.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Aspirações de vias aéreas superiores</b>	Observar a permeabilidade das vias aéreas, sangramento e dispnéia.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Administração de medicamentos</b>	Cuidados com o acondicionamento dos medicamentos e transporte até o domicílio, técnica correta de administração observando os cinco certos e orientações adequadas ao paciente, cuidador e familiares.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Hipodermóclise</b>	Higienização e curativo.	
<b>Sangrias</b>	Controle de hemorragias.	AD 3

<b>Ajustes de órteses e próteses</b>	Curativos e controle da dor.	AD 2
		AD 3
<b>Espirometria</b>	Cuidados com a manutenção do aparelho.	AD 2
		AD 3
<b>Laser Terapia</b>	Cuidados com a técnica e manutenção.	AD1
		AD 2
		AD 3
<b>Nutrição Enteral</b>	Cuidados no preparo da dieta, higienização, administração e orientações aos familiares e cuidador.	AD 1
		AD 2
		AD 3
<b>Paracentese</b>	Procedimento médico, cuidados com a técnica, orientações ao cuidador e familiares	AD 3

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da AD e deve ser considerado pelas equipes, que deverão envolver a família no cuidado, ciente de todas as dificuldades existentes durante o processo.

Partindo desse princípio e do fato de que a equipe não estará o tempo todo com o paciente, os familiares/cuidador devem ser capazes de realizar algumas ações e procedimentos de menor complexidade necessários no cuidado dos pacientes em AD. Para que isso seja possível, a equipe deve desenvolver relação de confiança e capacitá-los. Este processo de coresponsabilização destes atores no cuidado, além de desejável, é necessário, mas deve ser instituído de forma criteriosa, responsável e com bom senso.

A seguir, alguns procedimentos/ações em saúde que podem ser realizados pelos familiares/cuidadores, a partir da pactuação com a EMAD/EMAP e de capacitação prévia.

- Higienização;
- Troca de bolsas coletoras;
- Banho no leito;
- Administração de medicamentos por via oral - VO;
- Registrar os horários de sono, frequência da diurese e evacuações;
- Aferir temperatura;
- Informar sinais de alerta;
- Mudança de cúbito;
- Administração de dietas enterais e cuidados com as sondas;
- Cateterismo vesical intermitente - Técnica Limpa;
- Hidratação da pele.

Recomenda-se que, nas situações de alta programada (Ver Capítulo: Perfil de Elegibilidade do Usuário para a Atenção domiciliar do Vol. 1 do Caderno de Atenção

Domiciliar), os cuidadores sejam capacitados pela equipe responsável pelo paciente na internação hospitalar. Neste caso, as EMAD/EMAP serão responsáveis pela supervisão e orientação contínua dos cuidadores no domicílio, além de propiciar oficinas de cuidadores para o suporte desses (Ver Cap. Cuidadores - Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar [legislação na Internet]. Brasília; 2006. Acessado em 05 de julho de 2012.

Disponível em:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_idosa/rdc\\_anvisa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf)

\_\_\_\_\_. GABINETE DO MINISTRO. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada RDC 306, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Acessado em 05 de julho de 2012. Disponível em:

[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/residuos/res\\_306.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/residuos/res_306.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego Gabinete do Ministro (dou de 16/11/05 – seção 1). Portaria N.º 485, de 11 de Novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora N.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Acessado em 05 de julho de 2012. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/avalia/saude\\_do\\_trabalhador\\_portaria\\_485\\_aprova\\_NR32.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/avalia/saude_do_trabalhador_portaria_485_aprova_NR32.pdf)

CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA. Saúde **Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, 2000.

EDDY, D., 1990. **Practice policies, what are they? JAMA, 263: 877-880.**

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P.; **Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas - Parte I**. An. Brasileiro de Dermatologia. v. 83,

n.6,p.567-571.2008.

Disponível

em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-)

05962008000600012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 de Janeiro de 2012.  
10.1590/S0365-05962008000600012.

MENDES, C. M.; SAMPAIO, M. P.; SAMPAIO, L. C. C. **Saúde e ambiente em revista.** , v.3, n.1, p.117, jun-jul. 2008. Unigranrio. Duque de Caxias.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo.** Editora HUCITEC. São Paulo, 2002.

### Para saber mais

Manual de assistência integral às pessoas com feridas da comissão de assistência, assessoria e pesquisa em feridas da secretaria de saúde de Ribeirão Preto.

[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/manual\\_feridas\\_2011.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/manual_feridas_2011.pdf)

Grupo Espanhol de Estudos e Avaliação em Úlceras de Pressão e Feridas Crônicas Espanhol. Com vários estudos, documentos e Guias de Prática Clínica para tratamento de feridas.

<http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/>

Cartilha contendo 10 Passos para a Segurança do Paciente, elaborada por membros do Polo São Paulo da REBRAENSP e Câmara Técnica do COREN-SP, contempla os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados, inclusive na Atenção Domiciliar.

[http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf)

Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético da secretaria de saúde de São Paulo.

[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Ilha\\_das\\_Flores/Feridas\\_MT1\\_v1.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Feridas_MT1_v1.pdf)

Consenso Internacional Sobre Pé Diabético elaborado pelo Grupo de Trabalho Internacional sobre pé diabético, publicado pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:MUYDfsBip4cJ:189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce\\_inter\\_pediabetico.pdf+ministerio+da+saude+pediabetico.pdf&hl=ptBR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEShcvS8uXfQjhLN14jnB\\_fKIGqzYnFw2P0p02\\_67q0MrfwD4Ju5g6qgVa7miZGVTxkVZ6h3u1EWhQVC3iZkg0gpgmt19bzcP7a4WQijz4qXYSiOsse0BDmTCXfRV47fjYUSIkGIk&sig=AHIEtbSY0BX4hJKeFG\\_n7RSQzmIQ3uQb5w](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:MUYDfsBip4cJ:189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf+ministerio+da+saude+pediabetico.pdf&hl=ptBR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEShcvS8uXfQjhLN14jnB_fKIGqzYnFw2P0p02_67q0MrfwD4Ju5g6qgVa7miZGVTxkVZ6h3u1EWhQVC3iZkg0gpgmt19bzcP7a4WQijz4qXYSiOsse0BDmTCXfRV47fjYUSIkGIk&sig=AHIEtbSY0BX4hJKeFG_n7RSQzmIQ3uQb5w)

Manual de cuidados paliativos publicado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Traz atualização em alguns temas importantes no Cuidado Paliativo, vários assuntos são abordados, como sintomas físicos, psíquicos, questões de comunicação, o luto, o papel da equipe, a construção de um serviço, entre tantos outros.

<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

Terapia subcutânea ou hipodermoclise no câncer avançado, série de cuidados paliativos do INCA.

<http://www.slideshare.net/Laryssasampaio/terapia-subcutanea>.

Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Artigo publicado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862000000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600011)

O cuidado a pessoa traqueostomizada: Análise de um folheto educativo  
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf>

Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

[http://www.resol.com.br/cartilha11/feam\\_manual\\_grss.pdf](http://www.resol.com.br/cartilha11/feam_manual_grss.pdf).

## Livros

- Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos, Isabel Umbelina Ribeiro Cesaretti. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.
- Eline Borges. Feridas: Como tratar. Coopmed. Ed. Médica. Belo Horizonte, 2001.
- Eline Borges. Feridas: Como tratar. Coopmed. Ed. Médica. Belo Horizonte, 2001
- Carol Dealey. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3.ed.
- Home Care: A Enfermagem no Desafio do Atendimento Domiciliar. Nivea Cristina Moreira Santos. Editora Iátria

## REFERÊNCIAS SUGERIDAS

ABRAMS, P. *et al.* Members of Committees; Fourth International Consultation on Incontinence (2009) **Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence.** [Acesso em 13 de Janeiro de 2012]. Disponível em: [http://www.icsoffice.org/Publications/ICI\\_4/files-book/recommendation.pdf](http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_4/files-book/recommendation.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria N° 400, DE 16 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2009. [Acesso em 12 de Janeiro de 2012]. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/101365-400> >.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH - **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C.; LIMA, V. L. A. N.; GOMES, F. S. L.; MAGALHÃES, M. B. B. Feridas: **Como tratar. Coopmed. Ed. Médica.** Belo Horizonte, 2001.

COREN. REBRAENSP. 10 passos para a segurança do paciente. Conselho regional de Enfermagem; Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente. São Paulo. 2011. [Acesso em 12 de Abril de 2012] **disponível em:**

**[http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf)**

DEALEY, C. Cuidando **de feridas: um guia para as enfermeiras**, Tradução: Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lucia Conceição Gouveia Santos, 3.ed. São Paulo Atheneu, 2008.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. **O cuidado a pessoa traqueostomizada**. Esc Anna Nery Ver. Enferm. Rio de Janeiro, v.12 n. 1, p. 84 - 9, mar. 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf). Acesso em: 12 Janeiro 2012.

GNEAUPP - **Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas** Documentos GNEAUPP. La Rioja, abr. 2000. [Acesso em 13 de Janeiro de 2012] Disponível em: <http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/> .

GRAY, M.; BLISS, D.Z.; DOUGHTY, D.B.; Ermer - Seltun J. **Incontinence associated dermatitis**. A consensus. J Wound Ostomy Continence Nursing .v.34, n.1, p. 45-54, 2007.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. **Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 33, n. especial, p. 191-241, 1999.

POLETTI, N.A.A. **O cuidado com pacientes com feridas crônicas - a busca de evidências para a prática. Dissertação (Mestrado)**. Ribeirão Preto (São Paulo) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

RIBEIRO, J. U.; BORGES, E. L. **Revisão Integrativa do Tratamento de dermatite associada à incontinência**. Revista Estima. v. 8, n. 1, p. 30-39. 2010.

RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria Municipal da Saúde. Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2012.

RODRIGUES, P. Estomas Urinários: Aspectos Conceituais e Técnicos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, J. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 55.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, J. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Feridas crônicas: prevenção e tratamento.** Ribeirão Preto, 2011. [Acesso em 13 de Janeiro de 2012] Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascrônicas/>.

VIANNA, A. **Traqueostomia Percutânea "versus" cirúrgica: revisão sistemática e metanálise.** [Acesso em 12 de Abril de 2012]. Disponível em: <[http://www.sbpt.org.br/downloads/temp/SBPT\\_Resumo\\_Artigos\\_15112007.pdf](http://www.sbpt.org.br/downloads/temp/SBPT_Resumo_Artigos_15112007.pdf)>.

**WOCN - Role of the wound, ostomy continence nurse or continence care nurse incontinence care.** J. Wound Ostomy Continence Nursing. v. 36, n. 5, p. 529-531.