



SRPA: RISCOS AO PACIENTE / TRANSTORNOS PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL?

Ana Gabriela Lima Bispo de Victa¹
Amanda de Castro Menezes Dourado de Oliveira,
Gabrielle Ferraz Rodrigues,
Laudirce Nobre Lisboa Monteiro, e
Monya de Moraes Simões²
Terezinha Andrade³

RESUMO: *Trata-se de um relato de experiência sobre o serviço de recuperação pós-anestésica (SRPA) de um hospital público de grande porte da cidade de Salvador sob a análise de graduandas de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia. Entende-se, portanto, que o SRPA é um local do Centro Cirúrgico reservado ao restabelecimento dos sinais vitais do indivíduo pós-cirúrgico, sendo regulamentado no Brasil pela portaria 400/77 do Ministério da Saúde. No entanto, problemas foram encontrados durante os quatro dias de estágio confrontando com a normatização do Ministério da Saúde e com textos científicos. Dessa forma o objetivo deste trabalho é estudar a realidade e as preconizações para o SRPA, tendo como objetivos específicos, abordar os riscos ao paciente segundo as inadequações pontuadas e, ainda, registrar as percepções dos graduandos de Enfermagem sobre este setor do Centro Cirúrgico. É um estudo de observação estruturada e sistemática, sendo usado como instrumento de coleta de dados um roteiro de observação baseado nas normais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para este setor hospitalar. Nossa análise revela que o SRPA visitado oferece risco aos pacientes, como a infecção de sítios cirúrgicos. Para diminuir os riscos e problemas identificados, propõem-se uma reforma da estrutura física e reorganização do SRPA. Apesar dos problemas apontados eles não constituem fatores inviabilizantes do serviço, pois o grau de resolutividade das intervenções cirúrgicas é um fato. Também é relevante a reflexão sobre a situação da saúde do país e os fatores que contribuem para a oportunação, e a não-prevenção dos agravos.*

Palavras-chave: Recuperação pós-Anestésica; Equipamentos hospitalares; Riscos ao paciente pós-cirúrgico.

INTRODUÇÃO

O primeiro relato oficial sobre o serviço de recuperação pós-anestésica (SRPA), segundo Possari (2006, p.15), foi em 1891, na Inglaterra, antes do advento da anestesia, e tinha como finalidade a observação e o cuidado especial dos pacientes advindos da sala de operação. Com o advento da anestesia, os cuidados intensificaram-se e o conceito do SRPA evoluiu. Atualmente, segundo a SOBECC (2007, p.192), o SRPA:

¹ Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. anagabriellavicta@hotmail.com.
Autora

² Estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. amdnet@hotmail.com;
gabrielle.ferraz@hotmail.com; laudirce@gmail.com; monya_morais@yahoo.com.br. Co-autoras

³ Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Orientadora



É o local onde o paciente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer até que recupere sua consciência e tenha seus sinais vitais estáveis, sempre sob a observação e os cuidados constantes da equipe de Enfermagem que deve prevenir as intercorrências.

Dessa forma, tornou-se imprescindível a localização do SRPA no Centro Cirúrgico, pois “favorece o transporte fácil do paciente anestesiado para este local, assim como o seu rápido retorno à sala de operação, na vigência de uma reintervenção cirúrgica” (SILVA, 1997, p.233). O SRPA, além de localizar-se no Centro Cirúrgico, deve estar próxima às salas de operação, tendo um número de leitos proporcional ao número destas salas, obedecendo à preconização da Portaria nº 400/77 do Ministério da Saúde, que pontua que o SRPA deve ter capacidade mínima de atender dois pacientes simultaneamente. Esta mesma Portaria também determina que o SRPA deve ter dimensão mínima de 6 m², leitos que proporcionem segurança, através de grades laterais, freios nas rodas e cabeceira removível, e fácil mobilidade ao paciente, com o número de macas igual ao número de salas de operação + 1, cada uma distanciando-se 0,8 m entre si e 0,6m da parede, além de estruturas importantes como: posto de enfermagem, sala de guarda de materiais e expurgo, instalação de gases (oxigênio, vácuo e ar) e sistema de ventilação independente do Centro Cirúrgico.

Segundo a SOBECC (2007, p.192), o SRPA deve vislumbrar recursos e aparelhos que monitorizem o paciente durante a sua internação neste setor, mas que não estão formalmente padronizados. No entanto, os mais comuns são: monitor cardíaco, oxímetro de pulso, capnógrafo, termômetro, tensiômetro, equipamento para medir a pressão venosa central, desfibrilador para ressuscitação cardiopulmonar, manta térmica; ventiladores mecânicos e bombas de infusão.

Vale lembrar que como o SRPA é um setor do Centro Cirúrgico deve possuir as mesmas características físicas que a unidade cirúrgica. Portanto, para Possari (2006, p.17), o SRPA deve possuir forma retangular ou redonda, permitindo uma ampla visualização; portas amplas com dimensões de mínimo de 1,10m X 2,10 m, para facilitar o fluxo das pessoas e equipamentos; pisos e paredes revestidos de materiais laváveis e forro acústico; iluminação clara e sem sombras; ambiente calmo e sem ruídos; temperatura em torno de 22°C e umidade entre 50 % - 60%; sistema de comunicação, sobretudo para o atendimento de pacientes em situações de emergência; instalações elétricas, hidráulicas e de gases medicinais.

No Brasil, de acordo com Possari (2006, p.15), o SRPA estava previsto desde 1977 pela Portaria 400, mas a obrigatoriedade só foi estabelecida em 1993 com a Resolução CFM nº 1363/93. Esta resolução salienta que “todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para o serviço de recuperação pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico.” Portanto, o SRPA deve ser cautelosamente planejado para assistir o paciente adequadamente. No entanto questiona-se: será que o SRPA dos hospitais realmente obedece às preconizações da literatura e do Ministério da Saúde?

Baseado nesta questão pontuou-se o objetivo geral, que constitui relatar a dinâmica e a padronização do SRPA. Já para os objetivos específicos, almeja-se estudar os riscos ao paciente devido aos problemas do SRPA e registrar a percepção dos graduandos de Enfermagem perante a real dinâmica deste setor.

Justifica-se este tema, pois as instalações adequadas de um SRPA são preditivas para um cuidado integral e seguro do paciente, permitindo que a equipe multiprofissional assista de maneira eficaz e eficiente. Este trabalho é relevante para profissionais e estudantes de Enfermagem, por que aborda um tema que é atual, porém pouco discutido e que deve ser



questionado devido a constante presença do trinômio: vida X morte X qualidade da intervenção da equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

O método de estudo usado foi o relato de experiência, que se constitui em:

Uma metodologia de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar hipótese, mas estabelecendo relações entre achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes, fornecendo informações importantes para o desenvolvimento de outros tipos mais elaborados de pesquisa (DYNIEWICZ, 2005, p.360).

Por ser um relato, neste método não foi necessário enviar cópia de projeto para apreciação no Comitê de Ética pelos estudantes envolvidos.

Este trabalho foi realizado em uma unidade de Centro Cirúrgico de um hospital geral público de grande porte da cidade do Salvador, durante a prática da disciplina Bloco Cirúrgico e Centro de Material Esterilizado (CME), em outubro de 2008, sendo utilizado o pseudônimo Arco-Íris para preservar a instituição. Este hospital presta assistência de urgência/emergência, ambulatorial e hospitalar e oferece campo para ensino e pesquisa. Segundo Brasil (2008), esta instituição apresenta 203 leitos financiados pelo SUS, é referência, em clínica médica, em clínica geral, cardiologia e nefrologia e, em abordagem cirúrgica, em cardiologia, cirurgia geral e transplantes, oferecendo, ainda serviços pediátrico, UTI, Hospital Dia, diálise, hemoterapia, diagnóstico por imagem, clínico e anatomia patológica, endoscopia, pneumologia, reabilitação, suporte nutricional e videolaparoscopia. Dentre as cirurgias acompanhadas durante a prática da disciplina, que durou quatro dias, as Cirurgias mais frequentes foram de herniotomia e colecistectomia.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a observação sistematizada estruturada, sendo utilizado como instrumento um roteiro de observação, ou, sistema de categorias, (Anexo 1) baseado nas preconizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para Polit (2004, p.269),

A observação estruturada difere das técnicas não-estruturadas quanto à especificidade dos comportamentos selecionados para observação, à preparação antecipada de formulários e aos tipos de atividade em que o observador se engaja. (...) Uma abordagem para a realização da observação estruturada é a construção de um sistema de categorias. Um sistema de categorias representa uma tentativa para descrever de modo sistemático, quantitativo, os comportamentos e eventos que emergem em um ambiente.

Para subsidiar a discussão do tema abordado, foram utilizados livros, textos da base de dados da internet do Ministério da Saúde e artigos científicos da base de dados eletrônica do SCIELO, usando como descritor o termo recuperação pós-anestésica, hospital, equipamentos (102 – 1). A partir deste descritor, surgiram 109 trabalhos, sendo selecionado apenas 20. Os critérios utilizados para a seleção dos artigos foram: acesso completo ao texto original, textos em português e relevância do tema para construção do relato de experiência. Concluída essa etapa, sete artigos foram utilizados.



DISCUSSÃO E RESULTADOS

O SRPA observado durante o estágio possui algumas inconformidades em relação ao preconizado pela literatura. Este, tem como função monitorar o paciente após um procedimento anestésico-cirúrgico até a recuperação da consciência e restabelecimento dos sinais vitais. No entanto, no SRPA do Hospital Arco-Íris, também é feita a admissão pré-operatória, sendo que o ideal seria a existência de uma sala de recepção de pacientes específica para esta função.

De acordo com o roteiro de observação (Anexo 1), O SRPA do Hospital Arco-Íris possui outras falhas consideráveis que podem pôr em risco a segurança do paciente durante a sua recuperação. Este SRPA, segundo o Anexo 1, na categoria “Sistema de assistência respiratória de parede” não apresenta ponto de óxido nítrico; na categoria “Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção”, não está equipado com carro de emergência, com desfibrilador/cardioversor, aspirador cirúrgico elétrico, foco cirúrgico auxiliar, estetoscópio duosom (adulto), laringoscópio rígido (adulto e infantil), ventilômetro para volume, ventilador ciclado, umidificador aquecido com circuito respiratório, bomba de infusão, balde cilíndrico porta detritos, oxímetro de pulso; na categoria “Condições de lavagem e anti-sepsia das mãos”, não contempla lavatório, torneira acionada sem o comando das mãos, dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha, lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal.

Durante o pós-operatório imediato, são imprescindíveis as intervenções destinadas à prevenção ou tratamento das complicações. Contudo, problemas citados no parágrafo anterior sinalizam o risco de periculosidade aos pacientes internados neste SRPA em caso de intercorrências graves. As complicações respiratórias, para Possari (2003, 43), são as mais frequentes e comumente enfrentadas pela equipe multiprofissional em virtude das patologias respiratórias ou, até mesmo, dos efeitos adversos de anestésicos, podendo-se citar: hipoventilação, obstrução das vias aéreas superiores, broncoespasmo, pneumotórax, hemotórax e hipoxemia. Nestes casos, ações da equipe multiprofissional, que envolvem instalação de ventilador mecânico, monitorização da pressão parcial de oxigênio arterial (PaO_2) e pressão parcial de dióxido de carbono arterial (PaCO_2), instalação de oxímetro de pulso, aspirar secreção e preparar material para laringoscopia, devem ser executadas de modo eficaz e eficiente afim de manter ou restabelecer a frequência respiratória fisiológica do paciente. Entretanto, como se deve proceder se estes materiais necessários e básicos para as intervenções for escasso ou inexistente no SRPA?

Outro dado detectado no SRPA do Hospital Arco-Íris é a ausência de um carro ou maleta de emergência. Segundo Oliveira Filho (2003, p.519), a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recentemente publicou um relatório com diretrizes práticas para o cuidado pós-operatório, que, dentre outros tópicos, relatou sobre a importância do SRPA possuir equipamentos para reanimação cardiorespiratória. Complicações cardiovasculares, como hipotensão, hipertensão, arritmias, bradicardias, taquicardias, disritmias, parada cardíaca e hipovolemia, também são comuns após as cirurgias. Nas intervenções dessas patologias, drogas, como antiarrítmicos, antihipertensivos, broncodilatadores, corticóides, digitálicos, diuréticos, glicose hipertônica, água destilada, vasodilatadores e vasoconstrictores, são imprescindíveis para a manutenção da vida do paciente. A falta tanto dos aparelhos de reanimação como das drogas supracitadas pode acarretar a morte do paciente e o conseqüente sentimento de impotência da equipe multiprofissional. Para Stumm (2006, p.468):



A precariedade e a falta de materiais e equipamentos no centro cirúrgico é uma constante no cotidiano do enfermeiro, variando desde os mais simples até os mais complexos, como próteses e órteses. Essa situação gera insatisfação à equipe e a culpa passa a ser do enfermeiro.

Portanto, a falta de equipamentos prejudica a dinâmica do SRPA, causa conflitos e repercussões negativas à assistência do paciente e desencadeia transtornos à equipe multiprofissional. A própria falta de recursos e equipamentos, segundo Stumm, é uma consequência da caótica realidade da saúde do Brasil.

No que tange ao Posto de Enfermagem do SRPA do Hospital Arco-Íris, constitui-se uma parte anexa do SRPA ou ao invés de parte integrante, não apresentando, segundo Anexo 1, na categoria “Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção”, bancada com pia e lixeira com tampa de acionamento por pedal e saco plástico branco leitoso para descarte de material infectante. Já na categoria “Condições de lavagem e anti-sepsia das mãos”, também não contém lavatório, torneira acionada sem o comando das mãos, dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha, lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal. A ausência desses recursos, tanto no Posto de Enfermagem como no SRPA no geral, sinalizam dois pontos essenciais ao cuidado do paciente pós-cirúrgico: higienização das mãos e risco de infecção do sítio cirúrgico.

A higienização das mãos sempre foi considerada uma medida básica para o cuidado do paciente. Segundo a ANVISA, a contaminação das mãos dos profissionais de saúde por microrganismos pode ocorrer através do contato direto e indireto com pacientes e fômites. Estes microrganismos também podem fazer parte da microbiota transitória das mãos desses profissionais e serem transmitidos ao paciente. Portanto, a correta higienização das mãos além de reduzir a transmissão destes microrganismos, também diminui a incidência de infecções. No entanto, segundo a ANVISA, “o principal problema da higienização das mãos não é a falta de bons produtos, mas sim, a negligência dessa prática”. Conseqüentemente, com a escassez da prática da higienização das mãos, infecções podem despontar, como a infecção do sítio cirúrgico. De acordo com a SOBECC (2007, p.131):

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) é uma das síndromes infecciosas hospitalares, estando relacionada não só com a manipulação da ferida cirúrgica propriamente dita, mas também com órgãos ou espaços abordados durante a operação.

Portanto, a simples ausência de lavatório, torneira acionada sem o comando das mãos e dispensador com sabão líquido no SRPA e Posto de Enfermagem contribui com a negligência dos profissionais de saúde na lavagem das mãos, acarretando complicações à saúde do paciente, como a Infecção do sítio cirúrgico.

Além da falta de equipamentos e estrutura adequada na SRPA do Hospital Arco-Íris, outro fato observado pelos graduandos de Enfermagem: o número de leitos no SRPA. De acordo com a Portaria 400/77, o número de macas deve ser igual ao número de salas de operação + 1. Contudo, no Centro Cirúrgico do Hospital Arco-Íris existem 7 salas de operação e, segundo a equação acima, espera-se que o SRPA possua 8 macas. No entanto, este SRPA está estruturado para apenas 5 leitos, ou seja, só comporta 5 macas para assistir ao paciente da forma mais integral possível. Há situações em que os pacientes ficam nos corredores do centro cirúrgico devido a superlotação do SRPA. Vale ressaltar que há um complicador: o SRPA também é usado



para admissão do paciente, contribuindo para a superlotação e ocupando um leito de um paciente pós-operatório.

Quanto a percepção dos graduandos de enfermagem em relação ao SRPA visitado, percebemos que a realidade vivida é diferente quando associada ao conhecimento adquirido no meio acadêmico e das preconizações literárias. Dessa forma, dentre as preocupações dos graduandos, destaca-se a escassez de matérias e equipamentos básicos para o suporte ao paciente pós-cirúrgico. Essa situação repercute na insegurança ao cuidar do paciente, na deficiência da integralidade da assistência, no risco desses indivíduos, convidando-nos a refletir sobre a assistência dada ao paciente. Apesar das questões levantadas, esse centro cirúrgico consegue realizar o procedimento cirúrgico sem intecorrências, não constituindo risco de morte para esses pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante as dificuldades observadas e o incentivo de nossa orientadora na construção desse relato de experiência, este serviu para que nós, estudantes de enfermagem, despertássemos para a realidade do Serviço de recuperação pós-anestésica, e assim compreendermos as conseqüências dos problemas desse serviço para a saúde do paciente.

Sendo assim, seria interessante que o SRPA do Hospital Arco-Íris fosse reorganizado e reestruturado fisicamente segundo as normas do Ministério da Saúde e da literatura científica, para melhor assistir ao paciente pós-cirúrgico. Em segundo plano, essa reestruturação refletiria na diminuição dos riscos e dos conflitos entre os profissionais, pois reduziria a insatisfação com relação a presença de condições que propiciem o cuidado holístico e humanizado. Refletir sobre a preconização da saúde do país é outro ponto relevante a ser analisado.

Apesar do que foi analisado e dos riscos existentes, o referido hospital consegue conduzir seu trabalho, com algumas limitações, mas continua realizando cirurgias, pois a existência dessas dificuldades de estrutura e equipamentos não fazem com que o serviço seja inviabilizado.

A realidade desse hospital não é diferente da encontrada em vários serviços públicos de saúde oferecidos em nosso país, que na sua grande maioria possuem dificuldades como: recursos financeiros limitados, quantidade escassa de matérias e profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Leis etc. Ministério da Saúde (BR), **Portaria nº 400**, de 06 de dezembro de 1977. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1121> >. Acessado em: 11 out 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet)**, 2008. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2927400003875&VEstado=29&VCodMunicipio=292740> Acessado em: 11 out 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente: Higienização das Mãos.**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP).
Legislação. **Resolução CFM nº 1363/93**. Disponível em: <
http://www.cremesp.com.br/administra/deptos/def/html/resolucao_CFM_1363-93.htm >.
Acessado em: 05 out 2008.

DYNIWICZ, A. M.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Metodologia da pesquisa para enfermeiras de um hospital universitário**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):354-63.

MEEKER, Margareth Huth; ROTHROCK, Jane C. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadette P; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed Porto Alegre: Artmed, 2004.

POSSARI, João Francisco. **Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA)**. São Paulo: Iátria, 2003.

OLIVEIRA FILHO, Getúlio Rodrigues de. **Rotinas de cuidados pós-anestésicos de anesthesiologistas brasileiros**. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942003000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acessado em: 12 out 2008.

SILVA, Maria D'Apparecida Andrade; RODRIGUES, Aparecida Lourenci; CEZARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Enfermagem na unidade do centro cirurgico**. 2 ed. rev. e ampl São Paulo: E.P.U, Ed. da USP, 1997.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (SOBECC).
Práticas Recomendadas - 2007. 4ª ed rev e ampl. São Paulo: SOBECC, 2007.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; Maçalai, Rubia Teresinha; Kirchner, Rosane Maria
Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto & Contexto -
Enfermagem, 2006. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acessado em: 12 out 2008.



ANEXO 1 – Roteiro de Observação empregado na SRPA do Hospital Arco-Íris em setembro de 2008.

▪ Lixeira com saco plástico branco leitoso e tampa de acionamento por pedal			
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - RPA			
Área física com localização de fácil acesso			
• Metragem por maca de acordo com a RDC n 50/02			
Sistema de assistência respiratória de parede			
▪ Ponto de oxigênio			
▪ Ponto de ar comprimido			
▪ Ponto de vácuo			
▪ Ponto de óxido nítrico			
▪ Fluxômetro			
Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção			
• Maca com grade			
▪ Carro de emergência, com desfibrilador/cardioversor ⁰²			
▪ Aspirador cirúrgico elétrico			
▪ Foco cirúrgico auxiliar			
▪ Mesa para instrumental			
▪ Hamper			
▪ Esfigmomanômetro			
▪ Estetoscópio duosom, adulto			
▪ Laringoscópio rígido adulto			
▪ Laringoscópio rígido infantil			
▪ Ventilômetro para volume			
▪ Ventilador ciclado			
▪ Umidificador aquecido com circuito respiratório			
▪ Bomba de infusão			
▪ Balde cilíndrico porta detritos			
• Suporte de soro			
▪ Oxímetro de pulso			
Condições de lavagem e anti-sepsia das mãos			
▪ Lavatório			
▪ Torneira acionada sem o comando das mãos			
▪ Dispensador com sabão líquido			

⁰² Carro ou maleta de emergência deve conter medicamentos básicos, como, antiarrítmico, antihipertensivo, antihistamínico, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, corticosteróide, digitalico, diurético, vasodilatador e vasoconstritor coronarianos, anticonvulsivante, glicose hipertônica e isotônica, soro fisiológico, gluconato de cálcio e água destilada. Equipamentos como ambú com máscaras e laringoscópio completo, tubos endotraqueais com cuff, conectores, cânulas de Guedel, fio guia estéril. Bandejas para procedimentos invasivos em local de fácil acesso.

OBS: Todos esses materiais deverão estar adaptados para uso pediátrico e em neonatologia

▪ Suporte com papel toalha			
▪ Lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal			
Posto de enfermagem e serviços			
Área física com localização de fácil acesso			
▪ Atende no máximo 12 macas de RPA			
▪ Área para serviço			
Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção			
▪ Bancada com pia			
▪ Recipiente rígido para descarte de material pérfuro-cortante			
▪ Lixeira com tampa de acionamento por pedal e saco plástico branco leitoso para descarte de material infectante			
Condições de lavagem e anti-sepsia das mãos			
▪ Lavatório			
▪ Torneira acionada sem o comando das mãos			
▪ Dispensador com sabão líquido			
▪ Suporte com papel toalha			
▪ Lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal			
SALA DE UTILIDADES/EXPURGO			
Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção			
▪ Bancada de serviço com pia			
▪ Armário para guarda de material limpo e desinfetado			
▪ Lixeira com saco plástico branco leitoso e tampa de acionamento por pedal			
▪ Recipiente rígido para descarte de material pérfuro – cortante			
▪ Pia de despejo para descarte de material orgânico			
▪ Hamper			
Condições de lavagem e anti-sepsia das mãos			
▪ Torneira acionada sem o comando das mãos			
▪ Dispensador com sabão líquido			
▪ Suporte com papel toalha			
▪ Lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal			
SALA PARA GUARDA DE EQUIPAMENTOS COMPLEMENTARES			
▪ Cilindro/torpedo de oxigênio com corrente de segurança			
▪ Raio X portátil			
▪ Outros equipamentos			
COPA/ SALA DE ESTAR PARA EQUIPE			
CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO DO AMBIENTE E SEGURANÇA			
▪ Teto integro e de fácil limpeza e desinfecção			
▪ Paredes integras e de fácil limpeza e desinfecção			
▪ Piso integro, impermeável e de fácil limpeza e desinfecção			