



PREFEITURA DE TATUÍ

PELO TRABALHO VENCEREMOS

**Manual Técnico – Normatização das Rotinas e Procedimentos
de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde e Equipe de
Saúde da Família (POPs)**

Secretaria Municipal de Saúde

Atualizado 2023

Colaboradores: Enf^a Marilu Aparecida Rodrigues da Costa

Enf^a Eliana Mari de Moura

Secretária Municipal de Saúde: Roseli de Fatima Mocchi

Manual de Procedimentos e Rotinas de Enfermagem.

Apresentação

Para que um sistema de saúde funcione com eficiência e eficácia, faz-se necessário estabelecer normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparatividade de dados e informações.

Este protocolo tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de saúde.

As informações aqui contidas são o resultado de um trabalho coletivo, que tem o objetivo de levar aos profissionais de saúde, de forma sistematizada, a assistência de enfermagem, com a implantação de uma rotina voltada para a humanização do atendimento, de uma forma segura, rápida e eficiente.

O Manual Técnico de Normatização do Serviço de Enfermagem surgiu da necessidade de estabelecer um documento de organização do serviço com regimento, normas e rotinas de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Tatuí.

Este Manual visa descrever os principais procedimentos de enfermagem realizados nas UBS, sistematizando quem faz e como faz, a fim de obter resultados satisfatórios em todo o processo que envolve o atendimento realizado pela equipe de enfermagem ao usuário.

O principal objetivo deste projeto é buscar organizar o sistema de saúde de nosso município, voltado para o desenvolvimento de novos processos de trabalho, nos quais estão incluídas a valorização profissional e do usuário, estabelecendo uma relação democrática entre o acesso, o acolhimento e a responsabilização.

Regimento Interno do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do Município de Tatuí - SP

O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I – Assistir ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes da Atenção Básica: integralidade, enfoque individual e familiar, humanização, intersetorialidade, democratização do conhecimento e participação popular;
- II – Identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
- III – Trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde.

À Unidade Básica de Saúde Compete:

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

A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem, respeitados os respectivos graus de habilitação.

São enfermeiros:

O titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino superior, nos termos da lei.

São Técnicos de Enfermagem:

O titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente.

São Auxiliares de Enfermagem:

O titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferida por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente.

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem:

- a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública, chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares;
- c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população;
- e) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
- f) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme o planejamento da equipe de saúde;
- g) Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejadas;
- h) Consulta de enfermagem;
- i) Prescrição da assistência de enfermagem;
- j) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- k) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Como integrante da equipe de saúde:

- a) Participação no planejamento execução e avaliação da programação de saúde;
- b) Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) Prevenção e controle sistemático da infecção e de doenças transmissíveis em geral;
- f) Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- j) Educação visando à melhoria de saúde da população.

O Técnico de Enfermagem:

Exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) Participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) Executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro;
- c) Participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;

- d) Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;
- e) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
- f) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

O Auxiliar de Enfermagem:

Exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) Executar ações de tratamento simples;
- c) Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) Participar da equipe de saúde;
- e) Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, segundo planejamento da equipe;
- f) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe;
- g) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Do pessoal e suas atribuições:

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

I - Enfermeiro Responsável Técnico-RT

Promover:

- a) Elaboração de diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;
- b) Organização do serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada Unidade de Saúde, fazendo cumprir o regimento do serviço de enfermagem, normas, rotinas e protocolos assistenciais;
- c) Espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a Coordenadoria de Saúde;

II - Enfermeiro

- a) Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da comunidade;
- c) Desenvolver ações educativas junto à população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/NOAS 2001, visando à conquista da saúde: saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase;
- d) Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes;
- e) Identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças, junto às equipes de saúde;
- f) Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;
- g) Acolher o usuário, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;

- h) Prever a necessidade de pessoal elaborando escalas de serviço e atribuições diárias, para assegurar o desempenho adequado do trabalho de enfermagem;
- i) Prever os equipamentos e materiais necessários às atividades assistenciais avaliando as condições de uso;
- j) Desenvolver as ações de saúde segundo os protocolos assistenciais, normas e rotinas elaboradas e ou reconhecidas pela Secretaria Municipal da Saúde;
- k) Planejar, organizar, coordenar, acompanhar, executar e avaliar as ações de assistência de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade;
- l) Planejar e desenvolver atividades específicas da assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, realizando as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem em todas as fases do ciclo de vida;
- m) Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em protocolos assistenciais da Secretaria Municipal da Saúde;
- n) Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos.

III – Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- a) Atuar de acordo com as diretrizes, normas e rotinas da Atenção Básica estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Integrar a equipe de saúde, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da comunidade;
- c) Desenvolver ações educativas junto à população, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/NOAS 2001, visando à conquista da saúde: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, diabetes, tuberculose e da hanseníase;
- d) Estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes;

- e) Identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças;
- f) Participar ativamente do processo de educação permanente e dos cursos de capacitação visando o desenvolvimento do seu papel profissional como agente de mudanças;
- g) Acolher o usuário ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- h) Prestar assistência de enfermagem nos diferentes setores da UBS e no domicílio, de acordo com sua competência, conforme plano de cuidado;
- i) Participar das ações de vigilância à saúde na área de abrangência da UBS;
- j) Preencher registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- k) Atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade, como clube de mães, associações de bairros, entre outros;
- l) Conhecer e cumprir a ética nas relações de trabalho em equipe e na assistência à população;
- m) Executar tarefas afins e/ou outras atividades orientadas pelo enfermeiro de acordo com a LEP 7498/86;

Do horário de trabalho

O atendimento do Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos trabalhadores.

Das disposições Gerais ou Transitórias

Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizado e identificado com crachás;

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

O pessoal de Enfermagem ao ser admitido deverá apresentar, além do registro profissional, o comprovante de recolhimento da anuidade em exercício;

O pessoal de Enfermagem deverá apresentar anualmente ao Enfermeiro responsável Técnico, comprovante de quitação da anuidade em exercício;

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Enfermeiro Responsável Técnico da Coordenadoria Regional de Saúde e o Grupo de Normatização do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde.

Processo de Enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem

Definição: Ação privativa do enfermeiro que se caracteriza por seis fases:

- ✓ **Histórico de Enfermagem:** Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- ✓ **Diagnóstico de Enfermagem:** Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- ✓ **Plano Assistencial:** Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

- ✓ **Prescrição de Enfermagem:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- ✓ **Evolução de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.
- ✓ **Prognóstico de Enfermagem:** O prognóstico indicará as condições que o cliente atingiu na alta médica. Ele chegou à total independência ou esta dependente.

Objetivo

Identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Para tanto, a consulta de enfermagem na Atenção Básica deve garantir atenção individual aos grupos prioritários (crianças menores de 2 anos e desnutrição, gravidez, diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase).

Responsável: Enfermeiro.

Descrição do procedimento

1. Receber o usuário e explicar o procedimento;
2. Desenvolver a consulta conforme as etapas previstas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), seguindo o roteiro e fluxo de seguimento contido nos Protocolos de Enfermagem de SMS;
3. Fazer anotação no prontuário e boletim de produção;

4. Manter a organização da sala/consultório.

Visita Domiciliar

Definição

É o ato de visitar o domicílio com finalidade de intervir no processo saúde/doença de indivíduos, famílias e o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade.

Objetivo

- ✓ Conhecer a realidade do indivíduo (condições de moradia, hábitos familiares, levantamento de dados, cadastro das famílias e outros) a fim de obter subsídios para intervenção no processo saúde/doença.
- ✓ Realizar procedimentos (medicações, orientações, curativos e outros).
- ✓ Realizar busca ativa para determinadas patologias.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Descrição da Técnica de VD:

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

Descrição do procedimento

1. Identificar a necessidade da visita domiciliar;

2. Planejar de acordo com a necessidade identificada;
3. Realizar a visita domiciliar possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família;
4. Na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita;
5. Ser cordial no relacionamento, evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os usuários;
6. Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família;
7. Caso a VD demande procedimento de enfermagem:
 - ✓ Contactar antecipadamente o usuário;
 - ✓ Preparar o material necessário;
 - ✓ Realizar o procedimento conforme técnica ou protocolo
8. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

Supervisão e Acompanhamento

Definição

É o planejamento e o acompanhamento do serviço de enfermagem pelo enfermeiro.

Objetivo

Assegurar a assistência de Enfermagem com qualidade, proporcionando a educação em serviço.

Responsável: Enfermeiro Responsável Técnico

Execução do procedimento: Enfermeiro

Descrição do procedimento

O enfermeiro deve supervisionar diariamente os diversos setores e as ações desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem, proporcionando a educação em serviço:

1. Inalação:

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- ✓ Fluxo e acomodação da clientela;
- ✓ Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- ✓ Checagem das condições dos equipamentos;
- ✓ Checagem da Rotina de desinfecção dos materiais;
- ✓ Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
- ✓ Técnica utilizada nos procedimentos;
- ✓ Postura do profissional no setor;
- ✓ Avaliação do conteúdo das ações educativas;
- ✓ Avaliação da qualidade da assistência;
- ✓ Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal.

2. Medicação / Observação

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- ✓ Fluxo e acomodação do usuário;
- ✓ Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- ✓ Rotina de desinfecção dos materiais;
- ✓ Registro dos procedimentos realizados;
- ✓ Técnica utilizada nos procedimentos;

- ✓ Checagem dos materiais e medicamentos de emergência;
- ✓ Postura do profissional no setor;
- ✓ Avaliação do conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- ✓ Avaliação da qualidade da assistência;
- ✓ Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- ✓ Procedimentos de biossegurança
- ✓ Condição do descarte do material perfuro cortante;
- ✓ Manutenção da privacidade do usuário.

3. Vacina

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- ✓ Fluxo e acomodação do usuário;
- ✓ Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- ✓ Checagem das condições dos equipamentos;
- ✓ Registro dos procedimentos realizados;
- ✓ Técnica utilizada nos procedimentos;
- ✓ Postura do profissional no setor;
- ✓ Avaliação do conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- ✓ Avaliação da qualidade da assistência;
- ✓ Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- ✓ Descarte do material perfuro cortante;
- ✓ Manutenção da privacidade do usuário;
- ✓ Registro das temperaturas dos equipamentos;

- ✓ Rotina de arquivamento das fichas de vacina;
- ✓ Rotina de convocação de faltosos;
- ✓ Registro das doses aplicadas no mapa de produção diária;
- ✓ Disposição adequada dos equipamentos na sala;
- ✓ Acondicionamento das vacinas em câmara de conservação de vacinas ou geladeira de estoque e de uso diário;
- ✓ Identificação de data e horário da abertura dos frascos;
- ✓ Técnica de limpeza da geladeira.

4. Coleta de Exames, Papanicolaou, Triagem Neonatal

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- ✓ Fluxo e acomodação do usuário;
- ✓ Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- ✓ Rotina de desinfecção dos materiais;
- ✓ Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
- ✓ Técnica utilizada nos procedimentos;
- ✓ Postura do profissional no setor;
- ✓ Conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- ✓ Qualidade da assistência;
- ✓ Cumprimento da escala de limpeza terminal;
- ✓ Condições do descarte do material perfuro cortante;
- ✓ Manutenção da privacidade do usuário;
- ✓ Acondicionamento correto das amostras dentro da caixa de transporte;

- ✓ Verificação do encaminhamento da solicitação de exames conforme amostras;
- ✓ Retirada do material conforme horário estipulado;
- ✓ Identificação correta dos frascos de exames, lâminas, papel filtro da triagem neonatal;
- ✓ Encaminhamento das amostras para o destino correto.

5. Curativo

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- ✓ Fluxo e acomodação do usuário;
- ✓ Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- ✓ Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
- ✓ Técnica utilizada nos procedimentos;
- ✓ Postura do profissional no setor;
- ✓ Avaliação do conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- ✓ Avaliação da qualidade da assistência;
- ✓ Cumprimento da escala de limpeza terminal.
- ✓ Conhecimento técnico quanto à evolução das feridas;
- ✓ Rotina de arquivamento e preenchimento das fichas de curativo.

6. Esterilização

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;

- ✓ Checagem da existência e a aplicação da instrução de manuseio dos aparelhos;
- ✓ Checagem da entrada e saída dos materiais da sala;
- ✓ Checagem da utilização correta do teste de eficácia e registros afins;
- ✓ Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- ✓ Procedimento de biossegurança;
- ✓ Técnica de lavagem e desinfecção do material conforme o tipo;
- ✓ Identificação do material;
- ✓ Acondicionamento do material a ser esterilizado;
- ✓ Validade do material esterilizado;
- ✓ Monitoramento e controle da esterilização do material;
- ✓ Conforme o equipamento, acomodação do material, tempo de esterilização e temperatura.

7. Expurgo

- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- ✓ Checagem das condições dos equipamentos;
- ✓ Educação em serviço;
- ✓ Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- ✓ Acondicionamento e descarte dos resíduos;
- ✓ Procedimentos de biossegurança;
- ✓ Técnica de lavagem e desinfecção do material conforme o tipo.
- ✓ Observação em relação ao preparo do material;
- ✓ Limpeza e organização da sala e mobiliários;

- ✓ Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- ✓ Acondicionamento e descarte dos resíduos;
- ✓ Procedimentos de biossegurança;
- ✓ Controle do encaminhamento dos materiais para esterilização em outra unidade.

Registro: A supervisão deverá ser registrada em livro ATA de intercorrências de enfermagem da Unidade.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

1. COLETA DE SANGUE CAPILAR (GLICEMIA)

Definição

Amostra de sangue capilar a fim de detectar o nível de glicose no sangue.

Objetivos

Detectar alterações no nível de glicose sanguínea.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Descrição do procedimento

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
3. Deixar o braço pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
4. Pressionar o dedo da base para a ponta;

5. Solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão, se não for possível, fazer assepsia com algodão e álcool na face lateral da ponta do dedo, esperando secar;
6. Puncionar a face lateral da ponta do dedo com lanceta ou agulha esterilizada;
7. Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita;
8. Ler o resultado, anotar em prontuário e no boletim de produção diária;
9. Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento do Protocolo - SMS.

2. AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Executantes: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Materiais

1. Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio;
2. Estetoscópio;

Descrição do procedimento

1. Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas;
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida;
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço;

4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero);
10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida;

Observação: Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco;

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;

12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento;
13. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e carimbando (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
14. Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA;
15. Registrar procedimento em planilha de produção;
16. Lavar as mãos;
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Observações:

- ✓ Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;
- ✓ Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos;
- ✓ Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses;
- ✓ Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada;
- ✓ Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço;
- ✓ Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.

3. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

3.1. MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA

Executantes: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material: Fita métrica.

Descrição do Procedimento

1. Recepcionar o paciente;
2. Orientar o procedimento ao paciente;
3. Orientar o paciente a permanecer de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm;
4. Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto;
5. Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca);
6. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente;
7. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente;
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
9. Registrar o procedimento em planilha de produção;
10. Lavar as mãos;
11. Manter a sala em ordem.

3.2. MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL

Executantes: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material: Fita métrica.

Descrição do Procedimento

1. Recepcionar o paciente;
2. Orientar o procedimento ao paciente;
3. Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;
4. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele;
5. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
6. Realizar a leitura;
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
8. Registrar o procedimento em planilha de produção;
9. Lavar as mãos;
10. Manter a sala em ordem.

3.3. MEDIDA DE ESTATURA

Executantes: Enfermeiro, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

Material: Antropômetro.

Descrição do Procedimento

Crianças menores de 2 anos:

1. Recepcionar de forma acolhedora;
2. Lavar as mãos;

3. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;

4. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:

- ✓ A cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
- ✓ Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- ✓ Os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apóia o antropômetro.

5. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;

6. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;

7. Retirar a criança;

8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);

9. Registrar o procedimento em planilha de produção;

10. Lavar as mãos;

11. Manter a sala em ordem.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

1. Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;

2. Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
3. Solicite ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;
4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
5. Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
8. Registrar o procedimento em planilha de produção;
9. Lavar as mãos;
10. Manter a sala em ordem.

3.4. MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO

Executantes: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material: Fita Métrica.

Descrição do Procedimento

1. Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança;
2. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
3. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
4. Realizar a leitura;

5. Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento e cartão da criança;
6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
7. Registrar o procedimento em planilha de produção;
8. Lavar as mãos;
9. Manter a sala em ordem.

3.5. MEDIDA DE PESO

Executantes: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material

1. Balança;
2. Álcool 70%.

Descrição do Procedimento:

Em balança pediátrica ou “tipo bebê”:

1. Destruar a balança;
2. Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la;
3. Travar a balança novamente;
4. Lavar as mãos;
5. Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável;
6. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, destravar a balança;
7. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento;

8. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso;
9. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
10. Travar a balança;
11. Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala;
12. Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica;
13. Registrar o peso no prontuário e no cartão da criança;
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
15. Registrar o procedimento em planilha de produção;
16. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%;
17. Lavar as mãos;
18. Manter a sala em ordem.

Em balança pediátrica eletrônica (digital):

1. Ligar a balança e certificar-se que a mesma encontra-se zerada;
2. Despir a criança com o auxílio da mãe/ responsável;
3. Colocar a criança, sentada ou deitada, no centro da balança;
4. Orientar a mãe/ responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento;
5. Realizar a leitura, quando o valor do peso estiver fixo no visor;
6. Retirar a criança;
7. Registrar o peso no prontuário e no Cartão da Criança;

8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
9. Registrar o procedimento em planilha de produção;
10. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%;
11. Lavar as mãos;
12. Manter a sala em ordem.

Em balança mecânica de plataforma:

1. Destruar a balança;
2. Verificar se a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la;
3. Travar a balança;
4. Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça, com o mínimo de roupa possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo;
5. Destruar a balança;
6. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso;
7. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
8. Travar a balança;
9. Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;
10. Solicitar ao paciente que desça do equipamento;
11. Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
12. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade);

13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
14. Registrar o procedimento em planilha de produção;
15. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%;
16. Lavar as mãos;
17. Manter a sala em ordem.

Em balança eletrônica (digital):

1. Ligar a balança, esperar que o visor zere;
2. Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo;
3. Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor;
4. Retirar o paciente da balança;
5. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade);
6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
7. Registrar o procedimento em planilha de produção;
8. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool à 70%;
9. Lavar as mãos;
10. Manter a sala em ordem.

4. PRÉ CONSULTA

Definição

Pré-atendimento, onde são realizados aferição de pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura, circunferência abdominal, perímetro cefálico (nas crianças).

Objetivos

Fornecer parâmetros para a consulta médica ou do enfermeiro.

Execução do procedimento: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Descrição do procedimento

1. Orientar o paciente sobre o procedimento;
2. Realizar a pré consulta de acordo com o Programa em que o paciente será atendido ou:

*Adultos: Realizar medição de peso, altura, circunferência abdominal, aferição da pressão arterial e glicemia capilar.

* Crianças: Realizar medição de peso, altura e perímetro cefálico.

5. TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ URINÁRIO: DETECÇÃO DE HCG NA URINA

Definição

É o teste usado para detectar a gravidez após evidência de atraso menstrual.

Objetivos

Detectar a gravidez.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Enfermeiro

Materiais

1. Frasco coletor com urina;
2. Kit de teste para gravidez ou tira reagente;
3. Impresso próprio para anotações;

Descrição do procedimento

1. Receber a usuária indagando sobre o período de amenorréia;
2. Orientar a usuária quanto ao procedimento a ser realizado e fornecer-lhe o recipiente adequado;
3. Receber o material e proceder à realização do exame em local apropriado;
4. Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado;
5. Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo o Protocolo-SMS.

6. TRIAGEM NEONATAL

Definição

A triagem neonatal é o exame utilizado para detectar o hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias (traço e doença falciforme), por meio de punção no calcanhar do recém-nascido, preferencialmente entre o 3º e 7º dia, não podendo ultrapassar o 30º dia.

Objetivos

Destina-se a dosagem de fenilamina (FAL) para diagnóstico da Fenilcetonúria (PKU), diagnóstico do hipotireoidismo congênito (TSH neonatal, T4) e hemoglobinopatias (anemia falciforme).

Responsável: Enfermeiro e/ou profissional de enfermagem devidamente treinado e capacitado.

Execução do procedimento: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro devidamente treinado e capacitado.

Materiais

1. Álcool 70°;
2. Lanceta;
3. Papel filtro;
4. Algodão;
5. Esparadrapo.

Descrição do procedimento

- ✓ Orientar a mãe ou o responsável quanto ao procedimento a ser realizado;
- ✓ O acompanhante deve ficar em pé e segurar o bebê na posição vertical, com as costas voltadas para o profissional, que por sua vez deverá estar sentado;
- ✓ Preencher o formulário para o exame e registro interno da unidade;
- ✓ Preparar a criança, expondo o calcânhar para a punção.

Processo ideal de coleta

1. Identifique a área da punção;
2. Faça a assepsia do calcânhar do bebê com um algodão embebido em álcool 70%, deixando evaporar o seu excesso e massageando bem para ativar a circulação;
3. Friccione a perna para produzir uma maior afluência de sangue no pé;

4. Quando o calcanhar estiver avermelhado puncione o local com um só movimento contínuo e firme, num sentido quase perpendicular à superfície da pele;
5. Permita a formação de uma grande gota de sangue. Não faça “ordenha”, pois esta libera plasma do tecido, diluindo o sangue;
6. Encoste a gota no centro do círculo do papel filtro (verso) e deixe o sangue preencher completamente o círculo. Observe o verso do papel para ter certeza de que foi impregnado até a parte posterior;
7. Espere uma nova gota e repita o mesmo procedimento até preencher os demais círculos;
8. Uma vez concluída a coleta de sangue, pressione a área puncionada com um algodão limpo;
9. Orientar o responsável quanto à retirada do resultado do exame e a importância de apresentar o mesmo na consulta de seguimento da criança;
10. Anotar no boletim da produção diária;
11. A amostra, depois de seca, deve estar amarronzada. Se muito escurecida indica excesso de sangue e, portanto deve ser desprezada. Neste caso a criança deverá ser localizada para nova coleta;
12. Ao coletar, o papel filtro deve ficar em temperatura ambiente, longe do sol por cerca de 3 horas, uma amostra isolada da outra, na posição horizontal, para manter a distribuição homogênea do sangue;
13. Após secagem, devem ser envoltas em papel alumínio para evitar a umidade. Colocar todas as amostras em um saquinho plástico na geladeira, preferencialmente protegido por um recipiente plástico;
14. O encaminhamento da amostra deve ser feito no máximo em 5 dias para a realização dos testes;

7. COLETA DE PAPANICOLAU

Teste de Papanicolau, também conhecido como citologia oncológica ou citologia oncológica é um método desenvolvido pelo médico George Papanicolaou para identificação, ao microscópio, de células exfoliadas do colo uterino, atípicas, malignas ou pré-malignas.

As células são colhidas na região do orifício externo do colo e canal endocervical, colocadas em uma lâmina transparente de vidro, coradas e levadas a exame microscópico.

A responsabilidade pela coleta de material cervical e confecção do esfregaço em mulheres sem queixa ou doença ginecológica, e pela realização das ações educativas, pode e deve ser do enfermeiro da unidade, prévia e adequadamente treinado.

Coleta em grávida:

Pode ser feita em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

A coleta deve ser realizada com a espátula de Ayre.

Não usar escova endocervical.

Coleta em virgens:

Não deve ser realizada na rotina.

Deve ser realizado exclusivamente por profissional médico, a seu critério, em casos extremamente específicos.

Equipamentos e insumos necessários

Consultório equipado com:

- ✓ Mesa ginecológica;

- ✓ Escada de dois degraus;
- ✓ Mesa auxiliar;
- ✓ Foco de luz com cabo flexível;
- ✓ Biombo ou local reservado para troca de roupa;
- ✓ Cesto de lixo;

Material para a coleta

- ✓ Espéculo;
- ✓ Lâmina com extremidade fosca;
- ✓ Espátula de Ayre;
- ✓ Escova endocervical;
- ✓ Par de luvas para procedimento;
- ✓ Pinça Cheron;
- ✓ Fixador apropriado;
- ✓ Gaze;
- ✓ Formulário de requisição do exame;
- ✓ Lápis preto nº 2;
- ✓ Recipiente para acondicionamento das lâminas, sendo preferencialmente caixas de plástico;
- ✓ Lençol ou avental para cobrir a paciente.

Fases que antecedem a coleta

Humanização do atendimento: criar um ambiente acolhedor comportar-se com cortesia e respeitar a privacidade da mulher;

Observar as informações da ficha de requisição e explicar o significado e os procedimentos que serão realizados, ajudando a diminuir a ansiedade;

Preenchimento correto do formulário de requisição de citologia oncótica;

Identificação da lâmina: deve ser feita na extremidade fosca, com lápis preto nº 2, previamente à coleta, contemplando:

- ✓ Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade;
- ✓ O número de registro da mulher na unidade;
- ✓ As iniciais do nome da paciente.

Condições ideais para uma mostra de qualidade

Não estar menstruada: preferencialmente aguardar o 5º dia após término da menstruação;

Observação: a presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa.

Não usar creme vaginal nem submeter-se a exames intravaginais por 2 dias antes do exame;

Não ter relação sexual até 48 horas antes do exame.

Coleta

Antes de iniciar a coleta:

1. Verificar se a paciente é virgem. Se for não colher;
2. Perguntar se já teve filhos por parto normal (via vaginal). Se não, usar espéculo pequeno;
3. Perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical;

4. Identificar a lâmina, na extremidade fosca, acomodando-a na mesa de apoio para receber o material colhido;
5. Deixar o fixador próximo à lâmina já identificada.

Iniciando o procedimento:

1. Oriente a paciente sobre o desenvolvimento do exame, procurando deixá-la menos apreensiva;
2. Solicite à paciente que esvazie a bexiga e retire a parte inferior da roupa, oferecendo-lhe o avental ou lençol, indicando local reservado;
3. Solicite que se deite na mesa, auxiliando a posicionar-se adequadamente para o exame;
4. Cubra-a com o lençol;
5. Inicie a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser examinada;
6. Introduzir o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente.

Observações

Não lubrifique o espéculo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina;

No caso de pacientes idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se umidificar o espéculo com solução fisiológica.

Introduzir o espéculo em posição vertical e ligeiramente inclinado;

Iniciada a introdução faça uma rotação de 90°, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura fique na posição horizontal;

Uma vez introduzido totalmente, abra-o lentamente e com delicadeza;

Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido;

Dificuldade para visualização do colo

Sugira que a paciente tussa. Não surtindo efeito, solicite que a paciente coloque as mãos sob o quadril, e tente manobras delicadas com o espelho.

Lembre-se

Nos casos de mulheres que tenham sofrido histerectomia com manutenção do colo uterino a coleta deve ser realizada como de hábito, inclusive com a escova endocervical;

Nos casos em que houve retirada total do colo a coleta pode ser feita no fundo da vagina (fundo cego).

Coleta das amostras

A coleta é dupla: do ectocérvice e do canal cervical ou endocérvice.

Ectocérvice: utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância, encaixando a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360°, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada.

Estenda o material ectocervical na lâmina dispondo-o no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida e volta esfregando a espátula com suave pressão.

Canal cervical: recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360°, ocupando 1/3 restante da lâmina, estenda o material rolando a escova de cima para baixo.

Fixação do material

A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera. Visa conservar o material colhido, mantendo as características originais das células, preservando-as do dessecamento que impossibilitará a leitura do exame.

Propinilglicol: borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm.

Conclusão do procedimento

1. Feche o espelho;
2. Retire-o delicadamente;
3. Inspeção a vulva e períneo;
4. Retire as luvas;
5. Auxilie a paciente a descer da mesa;
6. Solicite que ela se troque;
7. Avise a paciente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta;
8. Oriente a paciente para que venha retirar o exame conforme rotina da sua Unidade de Saúde.

Envio das lâminas ao Laboratório de Citologia

Preencha a relação de remessa na mesma seqüência das lâminas e das requisições;

As lâminas deverão ser acondicionadas em caixas específicas para transportá-las.

Exame Clínico das Mamas: o momento da realização do Papanicolaou é muito propício para sua realização.

O profissional que desenvolve a atenção primária, realizada em Unidades Básicas de Saúde, deve estar preparado para realizar exame clínico adequado, estimulando e ensinando a mulher a praticar o auto-exame das mamas, enfatizando a importância da adoção deste hábito.

8. ELETROCARDIOGRAFIA (ECG)

Definição

Exame diagnóstico que mede a atividade elétrica do coração.

Objetivos

Detectar alterações da atividade elétrica cardíaca.

Responsáveis: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, técnico de eletrocardiograma e enfermeiro.

Materiais

1. Aparelho de ECG;
2. Papel registro;
3. Eletrodos reutilizáveis com ventosas e clamps plásticos reguláveis;
4. Gel para eletrodos;
5. Papel toalha, papel lençol e gaze;
6. Opcional: aparelho de barbear;
7. Talco;

Descrição do procedimento

1. Certificar-se de que o aparelho está ligado na tomada na voltagem indicada;
2. Ligar o aparelho e ajustar conforme instruções de funcionamento do mesmo, afixada na sala;
3. Receber o usuário na sala, conferir o nome e a requisição do exame;
4. Explicar o procedimento ao usuário, solicitar que ele retire objetos de metal (brincos, relógios, pulseiras, entre outros). Instrua-o a relaxar, deitar, respirar normalmente, não falar e nem se mexer durante o procedimento;

5. Manter o usuário em decúbito dorsal. Se ele não puder suportar essa posição, ajude-o a ficar na posição semi-sentada;
6. Orientar o usuário a retirar as vestimentas da parte superior para expor o tórax, ambos os tornozelos e pulsos para a colocação dos eletrodos. Cubra com o papel lençol até que sejam aplicadas as derivações;
7. Realizar quando necessário, a tricotomia nas áreas com maior concentração de pêlos;
8. Se a pele do usuário for excessivamente oleosa ou escamosa, limpe com compressa de gaze seca, antes de aplicar o eletrodo ajudando a reduzir a interferência do sinal;
9. Aplicar o gel para ECG e colocar os clamps na face ventral dos pulsos e na face medial das pernas (cuidado com proeminências ósseas) e eletrodos no tórax;
10. Calibrar no padrão N velocidade 1mv/s. Registrar a calibração;
11. Observar se o aparelho automático esta captando os sinais de todas as derivações;
12. Acompanhar o registro de todas as derivações certificando-se de que estejam representadas na impressão;

Observe caso alguma das derivações não esteja corretamente representada ou apareçam artefatos, neste caso reposicione-se, coloque o fio terra em outro local e recomece;
13. Outros aparelhos operam no modo manual e neste caso o profissional deverá selecionar as derivações e registrá-las;
14. Imprimir um D2 longo;
15. Se o usuário estiver usando marcapasso, anote a presença do mesmo.

Registro

1. Anotar na folha do traçado de ECG: Nome do usuário, idade, número do prontuário (área, micro área e família, no caso de PSF);
2. Anotar no prontuário a data da realização do exame e horário, nome do profissional que realizou o procedimento e anexar o exame ao prontuário para avaliação médica;
3. Manter a caneta na posição vertical, com a ponta para baixo e as pêras das ventosas entalcadas, após o término do procedimento;

V1: Quarto espaço intercostal na borda esternal direita;

V2: Quarto espaço intercostal na borda esternal esquerda;

V3: metade da distância entre V2 e V4;

V4: Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular;

V5: Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior (metade da distância entre V4 e V6);

V6: Quinto espaço intercostal na linha média, nivelado com V4;

9. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

9. 1. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)

Executantes: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Materiais

1. Seringa;
2. Agulha 40x12 para aspirar medicação;
3. Agulha 25x7;

4. Algodão;
5. Álcool;
6. Garrote;
7. Fita crepe para identificação;
8. Bandeja;
9. Luva de procedimento;
10. Medicamento prescrito;
11. Abocath no nº adequado;
12. Esparadrapo/ micropore para fixação;
13. Soro;
14. Equipo se for utilizar soroterapia.

Descrição do Procedimento:

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente;
2. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;
3. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado;
4. Lavar as mãos;
5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;
6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;
7. Preparar medicação, conforme técnica descrita;
8. Explicar ao paciente o que será realizado;
9. Calçar as luvas;
10. Selecionar veia de grosso calibre para punção, garrotear o braço do paciente;

11. Realizar antissepsia do local escolhido;
12. Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa;
13. Soltar o garrote;
14. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
15. Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção;
16. Lavar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000);
18. Registrar procedimento em planilha de produção;
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.

9.2. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais

1. Copo nebulizador;
2. Máscara;
3. Medicação prescrita;

Descrição do Procedimento

1. Lavar as mãos com técnica adequada;
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente, data;
3. Explicar o procedimento ao paciente;

4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição;
5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min);
6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento;
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;
8. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção;
9. Lavar as mãos;
10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico caso haja necessidade de avaliação após procedimento;
11. Anotar na planilha de produção;
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

9.3. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais

1. Seringa 1 ml;
2. Agulha 10 x 5 ou 13 x 4,5;
3. Solução prescrita;
4. Bandeja;

Descrição do Procedimento

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar medicação conforme técnica já descrita;

4. Orientar o paciente sobre procedimento;
5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado;
6. Fazer a antissepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70° não é indicado, para não interferir na reação da droga;
7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;
8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose;
10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
11. Não friccionar o local;
12. Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
13. Lavar as mãos;
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
15. Registrar procedimento em planilha de produção;
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Observações

Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

9.4. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais

1. Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml);
2. Agulha – comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;
3. Algodão;
4. Álcool 70%;
5. Bandeja;
6. Medicação prescrita;

Descrição do Procedimento:

1. Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente);
2. Lavar as mãos com técnica adequada;
3. Preparar injeção, conforme técnica já descrita;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
5. Escolher local da administração;
6. Fazer antisepsia da pele com algodão/ álcool;
7. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
8. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
9. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
10. Injetar o líquido lentamente;
11. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
12. Fazer leve compressão no local;

13. Desprezar o material pérfuro - cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo pérfuro - cortante);

14. Lavar as mãos;

15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);

16. Realizar anotações em planilhas de produção;

17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Observações:

A. Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- ✓ Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- ✓ Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- ✓ Espessura do tecido adiposo;
- ✓ Idade do paciente;
- ✓ Irritabilidade da droga;
- ✓ Atividade do paciente.

Dorsoglútea (DG):

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contraindicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha íliaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur;
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha íliaca ântero-superior direita;
4. Estender o dedo médio ao longo da crista íliaca;
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos;

Deltóide:

1. Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
2. Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário;

B – Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica;
- Deltóide – ângulo 90°;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca;
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

C – Escolha correta da agulha:

Conforme Horta e Teixeira a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir os seguintes critérios:

- ✓ Faixa etária;
- ✓ Espessura;
- ✓ Subcutânea;
- ✓ Solução aquosa, oleosa ou suspensão;

Adulto

- Magro 25 x 6/7
- Normal 25 x 6/7; 30 x 6/7

- Obeso 30 x 6/7; 30 x 8; 25 x 8; 30 x 8

Criança

- Magra 20 x 6
- Normal 20 x 6; 25 x 6/7
- Obesa 25 x 8; 30 x 8

9.5. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais

1. Colírio ou pomada oftalmológica;
2. Gaze.

Descrição do Procedimento

Apresentação: Colírio

1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação);
2. Separar medicação prescrita;
3. Lavar as mãos;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;
6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva;

7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
8. Lavar as mãos;
9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
11. Anotar na planilha de produção;
12. Manter ambiente limpo e organizado.

Apresentação: pomada

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

9.6. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais

1. Copo descartável/ graduado;
2. Medicação;
3. Conta gotas;
4. Bandeja.

Descrição do Procedimento

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;

2. Lavar as mãos;
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar;
4. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Oferecer a medicação;
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido;
8. Lavar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
10. Anotar na planilha de produção;
11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

9.7. ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais

1. Seringa de 1 ou 3 ml;
2. Agulha 10x5, 20x6;
3. Álcool 70%;
4. Algodão;
5. Bandeja.

Descrição do Procedimento

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente;

2. Lavar as mãos;
3. Preparar medicação, conforme técnica descrita;
4. Orientar paciente sobre o procedimento;
5. Escolher o local da administração;
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool 70%, de cima para baixo;
7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração;
8. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°;
9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo;
10. Injetar o líquido lentamente;
11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme;
12. Fazer leve compressão no local com algodão;
13. Desprezar material pérfuro - cortante em recipiente apropriado;
14. Lavar as mãos;
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
16. Registrar procedimento em planilha de produção;
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Observações

Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.

Locais de aplicação:

Região deltóide no terço proximal;

Face superior externa do braço;

Face anterior da coxa;

Face anterior do antebraço.

10. TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Definição

Reposição de líquidos e eletrólitos

Objetivos

Prevenção da desidratação e dos agravos

Responsável: Enfermeiro

Executantes: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Material

- ✓ Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO;
- ✓ Água filtrada ou fervida (fria);
- ✓ Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa);
- ✓ Copo descartável;
- ✓ Colher de plástico cabo longo;
- ✓ Colher de sopa ou de chá;
- ✓ Balança adulto e infantil.

Descrição do Procedimento:

- ✓ Pesar a criança no início da TRO e a cada hora;
- ✓ Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;

- ✓ Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme protocolo de Atenção a Saúde da Criança;
- ✓ Ofertar o SRO, com uma colher, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar;
- ✓ Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente;
- ✓ Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);
- ✓ Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (enfermeiro);
- ✓ Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (enfermeiro).

Observação: a criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h. Não apresentando melhora, solicitar a avaliação médica (enfermeiro).

Registro: Anotar o procedimento e a evolução no prontuário do paciente e no mapa de produção da Unidade.

11. INALAÇÃO POR OXIGENOTERAPIA

Finalidades

- ✓ Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua expectoração;
- ✓ Administrar medicamentos absorvidos pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Material

01 bandeja;

01 Kit de inalação;
Medicamento prescrito;
01 seringa 10ml;
01 agulha 40X12;
01 ampola de soro fisiológico 0,9%;
Fluxômetro de O2.

Pré - Execução

- ✓ Conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Preparar o material e colocar na bandeja.

Execução

- ✓ Identificar-se;
- ✓ Confirmar o nome e o leito do paciente;
- ✓ Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- ✓ Instalar o fluxômetro na fonte de O2 e conectar a extensão do kit de inalação ao fluxômetro;
- ✓ Elevar decúbito do paciente entre 30 a 45°;
- ✓ Aspirar o soro fisiológico da ampola com o auxílio da agulha, instilar no inalador através do orifício de conexão da máscara, acrescentar o medicamento prescrito utilizando a mesma técnica;
- ✓ Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min;
- ✓ Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;
- ✓ Após o término da solução, desligar o fluxômetro e proteger o inalador com saco plástico transparente;

- ✓ Deixar o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução

- ✓ Desprezar o material em local pré-determinado;
- ✓ Realizar higienização da bandeja com álcool 70%;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Checar prescrição médica;
- ✓ Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação

Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos;

Expectoração eficiente.

Riscos / Tomada de Decisão

- ✓ Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas;
- ✓ Efeitos colaterais dos medicamentos: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

12. HIGIENE DAS MÃOS

Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos, que serão abordadas mais adiante.

Por que fazer?

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados.

A pele das mãos alberga, principalmente, duas populações de microrganismos: os pertencentes à microbiota residente e à microbiota transitória. A microbiota residente é constituída por microrganismos de baixa virulência, como estafilococos, corinebactérias e micrococcos, pouco associados às infecções veiculadas pelas mãos. É mais difícil de ser removida pela higienização das mãos com água e sabão, uma vez que coloniza as camadas mais internas da pele.

A microbiota transitória coloniza a camada mais superficial da pele, o que permite sua remoção mecânica pela higienização das mãos com água e sabão, sendo eliminada com mais facilidade quando se utiliza uma solução anti-séptica. É representada, tipicamente, pelas bactérias Gram-negativas, como enterobactérias (Ex: *Escherichia coli*), bactérias não fermentadoras (Ex: *Pseudomonas aeruginosa*), além de fungos e vírus.

Os patógenos hospitalares mais relevantes são: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. e leveduras do gênero *Candida*. As infecções relacionadas à assistência à saúde geralmente são causadas por diversos microrganismos resistentes aos antimicrobianos, tais como *S. aureus* e *S. epidermidis*, resistentes a oxacilina/meticilina;

Enterococcus spp., resistentes a vancomicina; *Enterobacteriaceae*, resistentes a cefalosporinas de 3ª geração e *Pseudomonas aeruginosa*, resistentes a carbapenêmicos.¹²

As taxas de infecções e resistência microbiana aos antimicrobianos são maiores em

Unidades de Terapia Intensiva (UTI), devido a vários fatores: maior volume de trabalho, presença de pacientes graves, tempo de internação

prolongado, maior quantidade de procedimentos invasivos e maior uso de antimicrobianos.

Para que higienizar as mãos?

A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades:

- ✓ Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato.
- ✓ Prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Quem deve higienizar as mãos?

Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

Como fazer? Quando fazer?

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabão, preparação alcoólica e anti-séptico.

A utilização de um determinado produto depende das indicações descritas abaixo:

Uso de água e sabão

Indicação

- ✓ Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- ✓ Ao iniciar o turno de trabalho;
- ✓ Após ir ao banheiro;
- ✓ Antes e depois das refeições;

- ✓ Antes de preparo de alimentos;
- ✓ Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
- ✓ Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica;

Uso de preparação alcoólica

Indicação

Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:

Antes de contato com o paciente

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplos: exames físicos (determinação do pulso, da pressão arterial, da temperatura corporal); contato físico direto (aplicação de massagem, realização de higiene corporal); e gestos de cortesia e conforto.

Após contato com o paciente

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplos: contato com membranas mucosas (administração de medicamentos pelas vias oftálmica e nasal); com pele não intacta (realização de curativos, aplicação de injeções); e com dispositivos invasivos (cateteres intravasculares e urinários, tubo endotraqueal).

Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplo: inserção de cateteres vasculares periféricos.

Após risco de exposição a fluidos corporais

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos de uma determinada área para outras áreas de seu corpo.

Exemplo: troca de fraldas e subsequente manipulação de cateter intravascular.

Ressalta-se que esta situação não deve ocorrer com frequência na rotina profissional.

Devem-se planejar os cuidados ao paciente iniciando a assistência na seqüência: sítio menos contaminado para o mais contaminado.

Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Exemplos: manipulação de respiradores, monitores cardíacos, troca de roupas de cama, ajuste da velocidade de infusão de solução endovenosa.

Antes e após remoção de luvas

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

As luvas previnem a contaminação das mãos dos profissionais de saúde e ajudam a reduzir a transmissão de patógenos. Entretanto, elas podem ter microfuros ou perder sua integridade sem que o profissional perceba, possibilitando a contaminação das mãos.

Outros procedimentos

Exemplos: manipulação de invólucros de material estéril.

Uso de anti-sépticos

Estes produtos associam detergentes com anti-sépticos e se destinam à higienização anti-séptica das mãos e degermação da pele.

Indicação

Higienização anti-séptica das mãos

Nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

Nos casos de surtos.

Degermação da pele

No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica).

Antes da realização de procedimentos invasivos. Exemplos: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros.

Higienização simples das mãos

Finalidade

Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujeira propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

IMPORTANTE

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

O uso coletivo de toalhas de tecido é contra-indicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana;

Deve-se evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele.

Técnica

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, Com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;

9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

13. CATETERISMO VESICAL

Cateterismo Vesical de Alívio

Executantes: Enfermeiros.

Cateterismo Vesical de Demora

Executantes: Enfermeiros

Material

1. Luvas estéreis;
2. Sonda folley estéril descartável;
3. PVPI tópico;
4. Compressas de gaze estéril;
5. Lidocaína gel;
6. Coletor de urina de sistema fechado;
7. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron);

8. Seringa de 20 ml;
9. Água destilada – ampola;
10. Campo fenestrado;
11. Lençol.

Descrição do procedimento

✓ Paciente do sexo feminino

1. Posicionar a paciente confortavelmente;
2. Lavar as mãos;
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados;
5. Calçar as luvas estéreis;
6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine;
7. Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos: Horizontalmente, do meato até monte de Vênus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora;
8. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito;
9. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita;
10. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência;

11. Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente;
12. Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na coxa;
13. Secar a área e manter paciente confortável;
14. Lavar as mãos;
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
16. Registrar procedimento em planilha de produção;
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

✓ **Paciente do sexo masculino**

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito;
2. Realizar a antisepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora;
3. Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua;
4. Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter;
5. Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml);
6. Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na vertical;
7. Secar a área e manter paciente confortável;

8. Lavar as mãos;
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
10. Registrar procedimento em planilha de produção;
11. Manter ambiente de trabalho em ordem.

14. CURATIVO

Executantes: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Material

1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e ou pinça mosquito);
2. Soro fisiológico (0,9%), água tratada ou fervida;
3. Agulha 40/12 ou 25/8;
4. Seringa 20 ml;
5. Gaze, chumaço;
6. Luva de procedimento ou estéril se necessário;
7. Cuba estéril ou bacia plástica;
8. Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.);
9. Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar;
10. Faixa crepe de 8 ou 15cm (atadura);
11. Tesoura (Mayo e Iris);
12. Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.

Descrição do Procedimento

1. Receber o paciente de maneira cordial;
2. Explicar o procedimento a ser realizado;
3. Manter o paciente em posição confortável;
4. Manter a postura correta durante o curativo;
5. Lavar as mãos;
6. Preparar o material para a realização do curativo;
7. Avaliar a ferida;
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

Lesões fechadas:

✓ Incisão simples:

1. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo;
2. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica;
3. Umedecer a gaze com soro fisiológico;
4. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão;
5. Secar a incisão de cima para baixo;
6. Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito;
7. Fixar com micropore;
8. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido);

9. Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico;

✓ Incisão com pontos subtotais:

1. Remover a cobertura anterior;
2. Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução;
3. Proceder a limpeza como descrita para lesões simples;
4. Proteger a área central com gaze seca ou chumaço;
5. Fixar com micropore;
6. Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação;
7. Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado;

Lesões abertas:

1. Remover a cobertura anterior, de forma não traumática;
2. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze;
3. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa);
4. Manter o leito da úlcera úmido;
5. Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura;
6. Lavar as mãos;
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
8. Registrar o procedimento em planilha de produção;
9. Manter a sala em ordem.

Observações

- a. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico;
- b. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras;
- c. Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura;
- d. Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação;
- e. Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro;
- f. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada;
- g. Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto;
- h. A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

ROTINAS DE ENFERMAGEM

Rotina da Organização e Funcionamento da Sala de Vacina

Definição

Determina a organização e o funcionamento da sala de vacinação

Objetivo

Garantir a adequada administração de imunobiológicos, com a máxima segurança, prevenindo infecções na clientela atendida.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Material

- ✓ Permanentes
- Bancada ou mesa para preparo dos imunobiológicos;
- Refrigerador para conservação dos imunobiológicos;
- Fichário ou arquivo;
- Mesa tipo escrivaninha com gavetas;
- Cadeiras (três no mínimo);
- Suporte para papel toalha;
- Porta sabonete;
- Lixeira com tampa e pedal;
- Armário com porta para guarda de material;
- Bandeja de aço inoxidável (grande média e pequena);
- Tesoura reta com ponta romba.

Observações

O refrigerador, de compartimento único, deve ter capacidade mínima para 280 litros, aproximadamente.

Utilizar dois refrigeradores: um para os imunobiológicos em estoque e outro para os produtos que serão usados no dia de trabalho.

Os dois equipamentos podem ser substituídos por um refrigerador fabricado especialmente para conservar os imunobiológicos na temperatura adequada, tanto os que estão em estoque como os de uso no dia de trabalho.

Na ausência do refrigerador para conservar os imunobiológicos de uso diário, utiliza-se a caixa térmica para conservar os imunobiológicos que serão usados no dia de trabalho.

✓ De Consumo

- Termômetro de máxima e mínima;
- Termômetro de cabo extensor;
- Termômetro clínico;
- Bandeja plástica perfurada;
- Gelo reciclável;
- Garrafa plástica com água e sal;
- Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos nas seguintes situações:
 - a) No dia-a-dia da sala de vacinação;
 - b) No caso de falhas na corrente elétrica;
 - c) Para a vacinação extramuros (intensificação, campanha e bloqueio); e
 - d) Para o transporte de vacinas.
- Álcool a 70%;
- Algodão hidrófilo;
- Recipiente com tampa para algodão;
- Seringas descartáveis (1ml, 3ml, 5ml e 10 ml);
- Agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intra-muscular e para diluição;

- Imunobiológicos;
- Campo plástico para vacinação extramuros;
- Caixa especial para coleta de material perfuro-cortante;
- Papel toalha;
- Depósito para lixo comum, com tampa;
- Saco plástico para lixo, descartável;
- Material para o registro das atividades: lápis, caneta, borracha, carimbo, almofada e outros;
- Sabão líquido.

Observação

O saco plástico é de cor branca para o lixo hospitalar e de outra cor para outros tipos de lixo.

✓ Impressos e Manuais:

- Cartões da Criança e do Adulto;
- Cartão de Controle ou Ficha de Registro;
- Mapa Diário de Vacinação (registro imediato);
- Boletim Mensal de Vacinação;
- Boletim de Campanha de Doses Aplicadas de Vacina;
- Mapa para Controle Diário da Temperatura do Refrigerador;
- Ficha de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Ficha de Fluxo Imediato de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Outros impressos, como o aerograma para faltosos, formulário para inutilização de imunobiológicos, gráfico para acompanhamento da cobertura vacinal, etc;

- Manual técnico operacional de Vacinação do CVE e da SMS/SP;
- Quadro com o esquema básico de vacinação;
- Instruções simplificadas quanto às condutas imediatas frente à alteração de temperatura do(s) refrigerador (es) a ser fixado em local visível.

Descrições:

✓ Equipe e Funções Básicas:

A equipe é composta, preferencialmente, por dois técnicos ou auxiliares de enfermagem, para cada turno de trabalho. A supervisão e o treinamento em serviço são realizados pelo enfermeiro. A equipe pode ser ampliada, dependendo da demanda do serviço de saúde.

São funções da equipe que trabalha na sala de vacinação:

- manter a ordem e a limpeza da sala;
- prover, periodicamente, as necessidades de material 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 lixo da sala de vacinação;
- orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito;
- registrar a assistência prestada nos impressos adequados;
- manter o arquivo em ordem;
- avaliar, sistematicamente, as atividades desenvolvidas.

Início do Trabalho Diário:

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

- Verifica e anota a temperatura do refrigerador ou refrigeradores, no mapa de controle diário de temperatura;
- Realiza a limpeza concorrente das superfícies, diariamente, com água e sabão e em seguida com álcool 70°;
- Verifica o prazo de validade dos imunobiológicos, usando com prioridade aqueles que estiverem com prazo mais próximo do vencimento;
- Retira do refrigerador de estoque a quantidade de vacinas e diluentes necessária ao consumo na jornada de trabalho;
- Coloca as vacinas e os diluentes da jornada de trabalho na caixa térmica (com gelo reciclável ou gelo em sacos plásticos e com o termômetro), ou, quando disponível, no refrigerador para imunobiológicos que serão utilizados no dia de trabalho;
- Supri o serviço com os materiais necessários no dia/período.

Triagem:

A triagem engloba as seguintes condutas:

- Verificar se a pessoa está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno;
 - para os que comparecem pela primeira vez, abrir o documento de registro da vacinação (Cartão da Criança ou do Adulto);
 - no caso de retorno, verificar que vacinas devem ser administradas, consultando o documento de registro da vacinação (o Cartão da Criança ou do Adulto) e a ficha de registro ou o Cartão de Controle;
- Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contra-indicações à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contra-indicações;
- Orientar sobre a importância da vacinação e do esquema básico de vacinação;

- Fazer o registro da vacina a ser administrada, no espaço reservado dos documentos de registro:

- a) O Cartão da Criança ou do Adulto, carimbando e datando;

- b) A ficha de registro ou o Cartão de Controle (datando);

- c) O Mapa Diário de Vacinação (registro imediato);

- Fazer o aprazamento, ou seja, verificar a data de retorno do cliente para receber nova dose de vacina;

- Encaminhar a pessoa para receber o imunobiológico indicado;

Observação

Nos casos em que for indicada a administração de imunobiológicos especiais, encaminhar a pessoa para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Administração de Imunobiológicos:

Na administração dos imunobiológicos adotar os seguintes procedimentos:

- Verificar qual o imunobiológico a ser administrado, conforme indicado no Cartão da Criança ou do Adulto;

- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;

- Lavar as mãos com água e sabão;

- Examinar o produto, observando a aparência da solução, o estado da embalagem, o prazo de validade, inclusive pela abertura do frasco, a via de administração, o número do lote e a dosagem;

- Preparar e administrar o imunobiológico segundo a técnica específica;

- Observar reações imediatas;

- Rubricar no documento de registro, no espaço reservado para tal, e conferir o aprazamento;

- Reforçar as orientações, especialmente a data aprazada para o retorno;
- Desprezar o material descartável em caixa de perfurocortante;
- Lavar as mãos.

Observações

As orientações, além de considerar as especificidades de cada um dos imunobiológicos, incluem:

- A indicação dos imunobiológicos e, quando for o caso, a necessidade do retorno na data agendada para receber as demais doses, ou para receber outros imunobiológicos;
- Os cuidados a serem observados após a administração do imunobiológico;
- A possível ocorrência de eventos adversos associados à vacinação e medidas necessárias;
- Os cuidados com a guarda do Cartão da Criança ou de outro documento, bem como a sua importância como registro do imunobiológico recebido.

Encerramento do trabalho diário:

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

- separar os cartões de controle ou as fichas de registro dos faltosos do dia, com a finalidade de organizar a busca de faltosos;
- arquivar os cartões de controle ou fichas de registro;
- desprezar os frascos com sobras de vacinas que ultrapassaram o prazo estabelecido após abertura do frasco e os frascos de vacina que estejam com o rótulo danificado, na caixa de perfuro-cortante;
- Retirar da caixa térmica, ou do refrigerador para imunobiológicos de uso diário, as demais vacinas que podem ser utilizadas no dia seguinte, recolocando-as no refrigerador de estoque;

- Verificar e anotar a temperatura do refrigerador, ou refrigeradores, no respectivo Mapa de Controle Diário de Temperatura;
- Guardar todo material, em local limpo e seco, de preferência em armário fechado;
- Fechar somatórias do boletim diário de vacinação.

Encerramento do trabalho mensal:

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

- Fazer a revisão no arquivo de cartões de controle para convocação e busca de faltosos;
- Controlar o estoque de insumos e imunobiológicos.

Compete ao enfermeiro:

- Somar as doses administradas, registradas no Mapa Diário de Vacinação, transferindo para o consolidado do Boletim Mensal de Doses Aplicadas;
- Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda de imunobiológicos;
- Avaliar a cobertura vacinal da área de abrangência do serviço de saúde, junto à equipe;
- Fazer solicitação de insumos e imunobiológicos para o mês subsequente.

ROTINA DE REGISTRO DAS ATIVIDADES E ARQUIVOS DA SALA DE VACINAÇÃO

Definição

Descrição das atividades e arquivamento da sala de vacinação.

Objetivos

Acompanhar e analisar as doses de vacinas administradas e a cobertura vacinal.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de Enfermagem, técnico de enfermagem e Enfermeiro.

Material

- Cartão da Criança;
- Cartão de Controle ou ficha registro;
- Cartão do Adulto;
- Cartão da Gestante;
- Boletim Diário de Vacinação;
- Boletim Mensal de Doses Aplicadas;
- Impresso para inutilização de Imunobiológicos;
- Boletim de movimento Mensal de Imunobiológicos e Insumos;
- Mapa para Controle Diário de Temperatura;
- Ficha de Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Ficha de notificação de alteração de Temperatura.

Descrição

- ✓ Preenchimento do Cartão de Registro da Vacinação

Os dados de identificação registrados no Cartão da Criança e no cartão controle são copiados da Certidão de Nascimento. O responsável pelo registro deve copiar da Certidão os seguintes dados: o nome da criança, a data do nascimento e nome dos pais, registrando-os a caneta, assim como dados

referentes ao parto, peso e apgar que deve ser copiado do documento hospitalar.

Observações

No caso dos dados serem obtidos por meio de informação verbal, solicitar que no próximo retorno seja providenciado um documento de identidade.

Na ausência da Certidão anotar os dados a lápis e aguardar a apresentação do documento para confirmação e registro a caneta.

O endereço é anotado a lápis para permitir mudanças posteriores. No Cartão de Controle também é registrado o número da matrícula na UBS, a localização do domicílio, telefone para facilitar por ocasião da busca de faltosos, principalmente em áreas não urbanizadas como favelas, invasões, periferias e na área rural e outras referências.

Os imunobiológicos administrados são registrados a caneta, incluindo a data (dia, mês e ano), o lote da vacina, a assinatura e o registro no Conselho Regional do funcionário, além do carimbo de identificação do serviço de saúde.

A data do aprazamento (dia, mês por extenso e ano) é registrada a lápis, orientando o usuário ou responsável quanto ao retorno.

✓ Arquivo da Sala de Vacinação

O arquivo da sala de vacinação é o local destinado à guarda e à classificação dos impressos utilizados para o registro das atividades, com o objetivo de:

- Centralizar todos os dados registrados;
- Controlar o comparecimento da clientela à vacinação;
- Identificar e possibilitar a convocação dos faltosos à vacinação;
- Disponibilizar informações para o monitoramento e avaliação das atividades.

São também arquivados na sala de vacinação, em pastas com identificação:

1. Os formulários utilizados para o registro das informações sobre os imunobiológicos estocados, recebidos (notas), distribuídos, remanejados ou devolvidos;
2. O controle diário da temperatura;
3. O registro diário de vacinação;
4. O registro mensal;
5. As alterações de temperaturas notificadas.

O arquivamento dos Cartões de Controle é feito em fichário específico, com identificação do conteúdo (por exemplo, clientes com agendamento) e indicação sobre o critério de organização dos cartões (por exemplo, cartões organizados por data de agendamento da próxima vacina ou cartões organizados por ordem alfabética).

Observação

Quando o serviço não dispuser de fichário, improvisar o arquivo em caixas de madeira ou de papelão ou em gavetas de móveis.

Os cartões com agendamento são organizados em um arquivo e os cartões sem agendamento em outro. Os cartões sem agendamento são arquivados por ordem alfabética, servindo, posteriormente, para a organização do arquivo permanente.

Os cartões dos clientes com agendamento são organizados por segmentos, como por exemplo:

- Menores de um ano;
- Um a quatro anos;
- Cinco a quatorze anos;
- Quinze anos e mais;
- Gestantes;

- Pessoas em tratamento profilático da raiva humana.

O número de gavetas para cada segmento varia de acordo com as características da demanda do serviço de saúde.

Cada gaveta contém um jogo completo dos meses do ano, exceto a gaveta para as pessoas em tratamento profilático da raiva que necessita de um jogo de 30 dias.

No arquivamento por grupos de idade, os cartões são colocados no espaço correspondente ao grupo etário que a pessoa terá na data agendada, segundo o mês do retorno, respeitando-se dentro do mês a data do agendamento, o que permite a identificação dos faltosos em cada dia.

Ao término de cada mês, deve haver um espaço destinado aos cartões dos faltosos convocados.

Esses cartões são organizados por ordem alfabética.

Observação

O arquivo pode ser organizado, também, em gavetas correspondentes aos meses do ano. Em cada gaveta, os cartões são arquivados de acordo com o dia do agendamento e em ordem alfabética.

✓ Arquivo Permanente de Vacinação

As fichas de arquivo permanente devem ser arquivadas de acordo com o ano de nascimento da pessoa. A organização e a manutenção do arquivo permanente têm os seguintes objetivos:

- Proporcionar um registro dos esquemas de vacinação completados;
- Possibilitar um registro das pessoas que iniciaram o esquema e não completaram por motivo de mudança para outra localidade, por óbito ou por ter recebido as demais doses em outro serviço;
- Facilitar o fornecimento de dados e informações às pessoas que perderam ou extraviaram o Cartão da Criança;

- Fornecer subsídios para estudos e pesquisas, baseados no levantamento de informações contidas no arquivo;

As fichas do arquivo permanente, ordenadas de acordo com o ano do nascimento da criança, são arquivadas em pastas.

✓ Busca de Faltosos

A busca de faltosos é feita semanalmente, ou quinzenalmente, de acordo com as possibilidades da equipe de saúde. Para fazer a busca deve-se adotar, entre outros, os seguintes mecanismos ou estratégias:

- Ir à casa do faltoso (visita domiciliar);
- Fazer ligação ao telefone de contato do responsável;
- Enviar carta ou aerograma;
- Alertar por meio de alto-falantes volantes ou fixos (em feiras, por exemplo), em programas de rádio, nas igrejas, escolas, ou por meio dos grupos e organizações da comunidade, a necessidade de manter a vacinação em dia.
- Colocar listagens de faltosos na porta do serviço de saúde ou em locais de movimento na comunidade.

Observação

As pessoas agendadas para o tratamento profilático da raiva que faltam na data aprazada são buscadas diariamente.

ROTINA DE LIMPEZA NA SALA DE VACINAÇÃO

Definição

Descrição da técnica e periodicidade de limpeza na sala de vacinação

Objetivos

- prevenir infecções cruzadas;

- proporcionar conforto e segurança à clientela e à equipe de trabalho;
- manter um ambiente limpo e agradável.

Responsável: Gerente e enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de serviços

Material

- Balde (2 a 10 litros);
- Calçado fechado;
- Desinfetante (hipoclorito de sódio a 1%, água sanitária), se necessário;
- Escova de mão;
- Esponja;
- Luva para limpeza;
- Pano de chão (limpos);
- Pano de limpeza;
- Pá para lixo;
- Rodo;
- Roupa apropriada para limpeza;
- Sabão líquido;
- Saco descartável para lixo;

Descrição

A limpeza da sala de vacinação é feita diariamente, no final do turno de trabalho, e sempre que necessário.

Uma vez por semana o chão é lavado com água e sabão.

A limpeza terminal deve ser feita quinzenalmente, quando, então, são limpos o teto, as paredes, as janelas, as luminárias, as lâmpadas e as portas.

Para executar a limpeza da sala de vacinação, o funcionário deve:

- Estar uniformizado e com os equipamentos de proteção individual necessário (luvas e calçados);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas para iniciar a limpeza;
- Organizar os materiais necessários;
- Recolher o lixo do cesto, fechando o saco corretamente, e a caixa de perfuro-cortante (já fechada adequadamente por um profissional da enfermagem).

Observação

- O saco de lixo é descartável e nunca deve ser reutilizado;
- Todo resíduo infectante a ser transportado é acondicionado em saco plástico branco e impermeável;
- Para garantir a segurança não misturar os vários tipos de lixo;
- Fechar e vedar completamente os sacos plásticos antes de encaminhá-los para o transporte;
- Limpar os cestos de lixo com pano úmido;
- Iniciar a limpeza pelo teto;
- Limpar as luminárias lavá-las com sabão, secando-as em seguida;
- Limpar janelas, vitrôs e esquadrias internas e externas com pano úmido e finalizar com pano seco;
- Limpar as paredes e os interruptores de luz com pano úmido;
- Lavar as pias e torneiras com esponja, água e sabão, enxaguar e secar;
- Limpar o chão com pano úmido e, em seguida, passar pano seco.

Observações

Não varrer o chão para evitar a dispersão do pó no ambiente.

Fazer a limpeza do fundo para a saída, tantas vezes quantas forem necessárias, até que o ambiente fique limpo (três vezes no mínimo).

ROTINA PARA O SETOR DE MEDICAÇÃO

Definição

É a organização do setor de medicação visando à realização dos procedimentos com qualidade e segurança.

Objetivos

Organizar o setor de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Material

1. Medicamentos;
2. Seringas;
3. Agulhas;
4. Escalpes;
5. Algodão;
6. Álcool a 70%;
7. Garrote (tubo de látex);
8. Cuba rim;

9. Equipo (macro e micro gotas);
10. Suporte de soro;
11. Braçadeira;
12. Sabão líquido;
13. Esparadrapo/micropore;
14. Caixa para descarte de material pérfuro cortante;
15. Divã;
16. Escada 02 degraus;
17. Torpedo de oxigênio para transporte;
18. Caixa de emergência;
19. Aspirador;
20. Tábua;
21. Esfigmomanômetro;
22. Estetoscópio;
23. Equipamentos / materiais de emergência.

Descrição

1. Fazer limpeza concorrente do setor de medicação diariamente com água, sabão e álcool a 70% nas superfícies;
2. Realizar a limpeza dos armários e gabinetes semanalmente com solução alcoólica a 70%, mantendo o local limpo e organizado;
3. Verificar a existência e a quantidade de materiais e medicamentos e fazer a reposição, se necessário, conforme padrão estabelecido;
4. Checar conforme lista de padronização, que deve estar afixada no local, os medicamentos e materiais da assistência em emergência, semanalmente;

5. Testar diariamente os equipamentos de emergência;
6. Realizar semanalmente a lavagem das almotolias com água e sabão. Realizar a secagem e fazer a desinfecção na solução de hipoclorito de sódio a 0,5% por 30 minutos. Acondicionar as almotolias em recipiente tampado, após a secagem;
7. Preencher as almotolias com volume mínimo de solução e sua reposição deverá ser semanal;
8. Levantar semanalmente a validade das medicações, utilizando primeiramente aqueles com menor prazo de validade;
9. Manter-se atento as especificações do fabricante quanto à utilização da caixa para perfuro cortante, para não haver sobrecarga desta capacidade;
10. Atentar para as normas de biossegurança, não realizar o reencape das agulhas.

Observação: A solução de hipoclorito de sódio para desinfecção das almotolias deverá ser trocada a cada 6 horas, devido a sua instabilidade.

ROTINA PARA SALA DE EXPURGO

Definição

É a organização do setor visando o controle da infecção cruzada.

Objetivos

Definir o ambiente como um espaço fisicamente determinado e especializado para recepção, separação, lavagem dos artigos contaminados e a descontaminação.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar e técnico de enfermagem

Material

1. Sabão líquido ou solução desincrostante;
2. Álcool a 70%;
3. EPI (avental impermeável, luva de borracha cano longo, sapatos fechados impermeáveis e óculos protetor);
4. Esponjas;
5. Escovas;
6. Papel toalha;
7. Pia ou tanque;
8. Mesa auxiliar ou bancada;
9. Recipiente plástico com tampa;
10. Saco plástico de lixo branco (até 20 litros).

Descrição

1. Fazer limpeza concorrente diariamente da sala de expurgo com água e sabão. Na presença de sangue, excreção, ou secreção deverá ser feita à desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, deixando agir por 10 minutos e se necessário fazer fricção mecânica com esponja, escova ou vassoura;
2. Manter a sala limpa e organizada;
3. Recolher ao término de cada plantão, todos os artigos utilizados na rotina de serviço da unidade para processo de lavagem, desinfecção e quando artigos críticos esterilização; inclusive instrumental odontológico;
4. Os resíduos de lixo devem ser segregados e acondicionados corretamente, sendo transportados em recipiente adequado, nunca ultrapassando 2/3 da sua capacidade, se saco plástico deve ser fechado com barbante ou nó e levado imediatamente à sala de resíduos ou lixeira;

5. Remover os resíduos do lixo observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço;
6. Limpar e desinfetar imediatamente a área no caso de rompimento do saco de lixo;
7. Observar as normas de separação de materiais;
8. Lavar as mãos enluvadas;
9. Retirar os EPI na sala e mantê-los em local apropriado para secagem.

ROTINA PARA O PREPARO DO MATERIAL OU INSTRUMENTAL

Definição

É a organização do setor visando o controle da infecção cruzada.

Objetivos

Garantir o procedimento adequado de embalagem do material ou instrumental.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar e técnico de enfermagem

Material

1. Papel grau cirúrgico ou outro da padronização;
2. Tesoura;
3. Fita teste;
4. Seladora, em caso do papel cirúrgico;
5. Solução desincrostante;
6. Papel toalha;
7. Escova e esponja.

Descrição da Rotina

- Imergir em solução desincrostante (limpador enzimático) por 02 a 05 minutos;
- Fazer fricção mecânica;
- Enxaguar abundantemente em água corrente;
- Enxugar com papel toalha;
- Embalar e identificar adequadamente o material (data, tipo de material, rubrica do responsável pelo preparo)
- Transportar o material para a sala de esterilização.

Observações

- Checar a limpeza e integridade dos materiais ou instrumentais;
- Observar a compatibilidade do processo a ser utilizado e o artigo;
- Utilizar o processo de esterilização para os artigos críticos e semicríticos (maior risco de infecção).

ROTINA PARA SALA DE ESTERILIZAÇÃO

Definição

É a organização do setor visando o controle da infecção cruzada, garantindo o atendimento ao cliente com qualidade e segurança utilizando agentes físicos ou químicos.

Objetivos

Garantir o procedimento de esterilização, estocagem, acondicionamento dos artigos e controle de validade da esterilização.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar e técnico de enfermagem

Material

1. Autoclave;
2. Integradores biológicos;
3. Indicadores químicos;
4. Estufa;
5. Armário para armazenamento e estocagem;
6. Mesa auxiliar;
7. Incubadoras.

Descrição da Rotina

1. Fazer diariamente a limpeza concorrente da sala de esterilização com água e sabão, em seguida passar álcool 70^o nas superfícies;
2. Manter a sala limpa e organizada;
3. Checar o funcionamento da autoclave;
4. Proceder diariamente a limpeza interna e externa da autoclave com água e sabão e em seguida pano úmido;
5. Proceder semanalmente à rotina de monitoramento da autoclave teste biológico (ATTEST) e diariamente com os indicadores químicos;
6. A Unidade deverá manter datados, assinados e arquivados, os indicadores químicos utilizados;
7. Se os indicadores não apresentarem resultados positivos para o processo de esterilização, não considerar os artigos estéreis e providenciar a revisão do processo e manutenção da autoclave;
8. Checar a validade do agente químico padronizado;
9. Proceder à limpeza terminal da autoclave conforme especificações do fabricante.

Descrição do Procedimento

1. Colocar na autoclave artigo embalado e identificado adequadamente;
2. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a drenagem do ar e a penetração do vapor;
3. Colocar pacotes mais leves sobre os mais pesados;
4. Evitar encostar os pacotes nas paredes da câmara;
5. Utilizar até 2/3 da capacidade do aparelho evitando sobrecarga;
6. Colocar bacias e cubas em posição horizontal;
7. Instalar indicadores biológicos e químicos conforme especificações;
8. Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso;
9. Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas;
10. Terminado o ciclo e após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos para secagem;
11. Realizar a lavagem das mãos para retirar os artigos estéreis da câmara;
12. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles;
13. Verificar a integridade dos pacotes;
14. Datar e assinar os pacotes após processo de esterilização;
15. Estocar os materiais esterilizados em local fechado e sem presença de umidade;
16. Armazenar o material sendo que os artigos com vencimento mais breve deverão ser colocados na frente daqueles cujo prazo de validade for maior (prazo máximo de validade 07 dias);

17. Armazenar somente materiais que tenham sido identificados corretamente;
18. Manter os pacotes íntegros e secos e não misturar com artigos não estéreis.

ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Definição

É a orientação técnica visando o controle da infecção cruzada e a realização do procedimento com qualidade e segurança.

Objetivos

Definir a execução e a periodicidade do procedimento para garantir o atendimento seguro ao cliente e profissional.

Responsável: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar e técnico de enfermagem

Material

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

Descrição da limpeza da superfície sem secreção

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

2. Calçar as luvas de borracha;
3. Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
4. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima;
5. Realizar a secagem com um pano limpo e seco.

Descrição da desinfecção

1. Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento:

Superfície sem secreção - Álcool 70º e pano limpo;

Superfície com secreção - Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo.

2. Calçar as luvas;
3. Para superfície com secreção proceder a retirada da mesma com papel toalha;
4. Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima;
5. Realizar a desinfecção das superfícies, antes de iniciar cada período.

ROTINA PARA RECEBIMENTO DE MATERIAL CONTAMINANTE, INFECTANTE E PERFUROCORTANTE DE USO DOMICILIAR

Definição

Estabelecer nas Unidades de Saúde, o fluxo de recebimento do material dejetado residencial (contaminantes, infectantes e perfuro-cortantes) dos pacientes portadores de diabetes e insulino-dependentes.

Objetivos

Oferecer destino adequado para o material contaminado e segundo Normas de Biossegurança.

Responsáveis: Todos os profissionais de saúde e usuários.

Execução do procedimento: Todos os usuários que necessitarem deste serviço

Material

1. Frascos de parede rígida com tampa.

Descrição do procedimento

✓ A UBS deverá:

1. Orientar o usuário quanto à devolução dos resíduos domiciliares infectantes, perfuro-cortantes de uso do portador de diabetes (seringas, agulhas, algodão e fitas de glicemia) quando da sua ida à Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência;
2. Orientar o usuário a entregar o material infectante em frascos de vidro, ou plástico rígido, com tampa rosqueada e preenchido apenas 2/3 de sua capacidade;
3. Receber os frascos dos pacientes e acondicionar em local apropriado (saco plástico branco de lixo e lixeira hospitalar).

ROTINA PARA O SETOR DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

Definição

É a organização do fluxo dos exames de laboratório na Unidade de Saúde.

Objetivos

Definir a organização do setor necessária à adaptação das características locais da UBS, equação de funcionários, dinâmica de rotinas, supervisão sistematizada na manutenção da qualidade e integridade do material biológico.

Responsáveis: Enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Material

1. Tubos para coleta de exames;
2. Agulhas para a coleta a vácuo;
3. Scalpes;
4. Garrote;
5. Seringas;
6. Algodão;
7. Álcool 70%;
8. Adaptador para coleta à vácuo;
9. Caixa de isopor;
10. Gelox;
11. Braçadeira;
12. Caixa de descarte para material perfuro-cortante;
13. Fita adesiva;
14. Etiquetas para identificação;
15. Luvas de procedimento;
16. Impressos/caderno para registro;

17. Grade para suporte dos tubos;

18. Coletor Universal;

19. Esparadrapo;

20. Papel Lençol;

21. Sacos de lixo branco;

22. Papel toalha;

23. Sabão líquido.

Descrição do procedimento

1. Preparar a sala que será usada, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários; o que deverá ser feito pelo auxiliar de enfermagem;

2. Receber o usuário, checando o preparo adequado para o exame; levantando o rol de exames a serem realizados e orientando para os procedimentos;

3. Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal;

4. Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor;

5. Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos;

6. Entregar os tubos identificados ao usuário, orientando-o sobre a entrega do resultado e encaminhá-lo para a coleta;

7. Receber o usuário no setor de coleta de sangue, orientar o procedimento a ser realizado, checando se os tubos estão corretamente identificados;

8. Colher o material segundo técnica específica;

9. Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde;

10. Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte ao laboratório e conferi-los;
11. Realizar o descarte de material perfuro-cortante, respeitando as normas de biossegurança;
12. Afixar em local de fácil acesso aos funcionários as normatizações de encaminhamento às Unidades de Referência, em caso de acidente biológico;
13. Checar o retorno dos resultados dos exames em caderno próprio de registro; não se esquecendo de anotar exames não realizados, realizados de forma indevida, etc;
14. Encaminhar os resultados ao auxiliar administrativo responsável, para o arquivamento nos respectivos prontuários;
15. Realizar no expurgo, a lavagem das caixas de isopor utilizadas e deixá-las para secagem.

Observações

- ✓ Macas, e braçadeiras devem ser mantidas limpas, e deve-se providenciar sua imediata descontaminação caso ocorra contaminação com material biológico (desinfecção com água sanitária ou hipoclorito a 1%);
- ✓ Os resíduos gerados no posto de coleta deverão ser segregados de acordo com as normas de biossegurança;
- ✓ O acondicionamento bem feito e o preparo correto da amostra permite a qualidade da análise;
- ✓ A maioria dos materiais biológicos deve ser conservada em refrigeração;
- ✓ Para a coleta sugere-se solicitar ao paciente documento identificatório com foto, principalmente no ato da coleta dos procedimentos anti-HIV e beta- HCG;
- ✓ As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.

Referências Bibliográficas

1. Resolução COFEN -358/2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 21/06/2012.
2. MURTA, G. F. Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem. 3 ed. vol 3. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007. p.253-266.
3. Teste do Pezinho: Manual de Instruções. Laboratório APAE de São Paulo. Disponível em: <testedopezinho@apaesp.org.br>. Acesso em: 05/07/2012.
4. Coleta do Papanicolaou e Ensino do Auto-Exame da Mama: Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos. São Paulo. 2ª Edição revisada, 2004. p. 23-43.
5. Normas de Procedimentos – Nº 001. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de Medicamentos Via Endovenosa (EV). Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf>. Acesso em: 12/07/2012.
6. Normas de Procedimentos – Nº 002. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de Medicamentos por Via Inalatória. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf>. Acesso em: 12/07/2012.
7. Normas de Procedimentos – Nº 003. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de Medicamentos Via Intradérmica (ID). Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf>. Acesso em: 12/07/2012.
8. Normas de Procedimentos – Nº 004. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de

- Medicamentos Via Intramuscular (IM). Disponível em: <
[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/
manual_rotinas_proc.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf)>. Acesso em: 12/07/2012.
9. Normas de Procedimentos – Nº 005. Departamento de Saúde/
Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de
Medicamentos Via Ocular. Disponível em: <
[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/
manual_rotinas_proc.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf)>. Acesso em: 12/07/2012.
10. Normas de Procedimentos – Nº 006. Departamento de Saúde/
Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de
Medicamentos Via Oral. Disponível em: <
[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/
manual_rotinas_proc.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf)>. Acesso em: 12/07/2012.
11. Normas de Procedimentos – Nº 007. Departamento de Saúde/
Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Administração de
Medicamentos Via Subcutânea (SC). Disponível em: <
[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/
manual_rotinas_proc.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf)>. Acesso em: 12/07/2012.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos
em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –
Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf
>. Acesso em: 19/07/2012.
13. Normas de Procedimentos – Nº 023. Departamento de Saúde/
Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Medida de Pressão
Arterial. Disponível em: <
[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/
manual_rotinas_proc.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf)>. Acesso em: 19/07/2012.
14. Normas de Procedimentos – Nº 018. Departamento de Saúde/
Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Medidas
Antropométricas. Disponível em: <

http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf>. Acesso em: 19/07/2012.

15. Normas de Procedimentos – Nº 019. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Medida da Circunferência do EDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL

16. Normas de Procedimentos – Nº 013. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Coleta de Exames Laboratoriais. Disponível em: <
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf>. Acesso em: 26/07/2012.

17. Normas de Procedimentos – Nº 016. Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem. Procedimento: Curativo. Disponível em:
<
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/manual_rotinas_proc.pdf>. Acesso em: 26/07/2012.