

**MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE  
ENFERMAGEM - ATENÇÃO BÁSICA**

**Novo Horizonte – SP**

**2021**

## **ELABORAÇÃO**

### **I – Representantes da Coordenação de Atenção Básica:**

Amarílis Biasi de Toledo Piza - Secretaria Municipal de Saúde

Luis Francisco Biella – Secretario Adjunto

Rita Vila Real– Secretaria Adjunta

### **II– Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica:**

Marisa Mara Marques Moura

### **III – Representante da Organização Social Mahatma Gandhi:**

Tiago Aparecido Silva – Enfermeiro e Coordenador Técnico da Associação Mahatma Gandhi

Karla Michelmani dos Santos de Souza – Enfermeira Sanitarista

Janaina Martins Lopes – Enfermeira e Supervisora Técnica

### **IV – Representante do Núcleo de Educação Permanente**

Marisa Mara Marques Moura

## **APRESENTAÇÃO**

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de Novo Horizonte traz em sua história de consolidação, o papel fundamental da Atenção Básica. A Secretaria Municipal de Saúde definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação de Unidades Básicas de Saúde, como modelo prioritário, que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O Atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território. O referido documento é uma iniciativa dos profissionais da Associação Mahatma Gandhi e Secretaria Municipal de Saúde de Novo Horizonte, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

Acreditamos que esse material será uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica.

## INTRODUÇÃO

Com intuito de subsidiar as linhas de cuidados das Unidades de Saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Novo Horizonte, foram implantados manuais contendo protocolos técnicos, que regulamentam e padronizam atividades, ações e procedimentos das equipes de enfermagem. Especificamente esse Manual tem como objetivo atualizar os profissionais da enfermagem nas questões administrativas e técnicas, bem como nas rotinas de trabalho voltadas para Unidades de Saúde da Atenção Básica – Secretaria Municipal da Saúde de Novo Horizonte. A proposta deste instrumento é divulgar e alinhar orientações administrativas e técnicas de relevância, como subsídio para a eficácia do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Básica. As normas e rotinas apresentadas serão também referência para a capacitação dos profissionais. Ressaltamos a importância de sistematizar técnicas e procedimentos em consonância com princípios científicos na perspectiva do aprimoramento da tecnologia do cuidado e para a segurança do usuário e do profissional. Distintamente do manejo de equipamentos e aparelhos, a tecnologia do cuidado envolve, além de saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. A prática da Enfermagem exige a observância da legislação profissional, a execução de técnicas corretas e seguras e deve estar centrada no atendimento das necessidades dos usuários. O conteúdo deste Manual permeia três tecnologias: leve; leve-dura e dura. Norteia as principais ações do Enfermeiro desde as relações com o usuário externo, como no acolhimento; bem como com o usuário interno, na gestão de serviços (tecnologia leve). Traz pontos importantes do processo de enfermagem (tecnologia leve-dura) e, também, apresenta normas de trabalho com equipamentos tecnológicos, como os refrigeradores na sala de vacinas (tecnologia dura). Neste sentido, este instrumento é apresentado em capítulos permeando o conteúdo Administrativo, que traz o regimento interno; Rotinas de enfermagem nas unidades de Saúde e Técnicas e procedimentos de enfermagem mais utilizados nos serviços da Atenção Básica. Esses capítulos foram desenvolvidos com a preocupação de priorizar referências nacionais e internacionais reconhecidas, bem como Leis e Portarias que subsidiam e regulamentam o exercício profissional da enfermagem. Foram desenhados com o cuidado e o espírito de estimular a prática do trabalho multidisciplinar e em equipe para qualificar a Assistência de Enfermagem. É com satisfação que a equipe de enfermeiros da Coordenação/ Supervisões de saúde da Atenção Básica, disponibiliza este conteúdo com o compromisso de revê-lo e atualizá-lo periodicamente e, de acordo com as necessidades rotineiras da rede, divulgar oficialmente em Notas Técnicas via site do Observatório em Saúde ([observatorio.novohorizonte.sp.gov.br](http://observatorio.novohorizonte.sp.gov.br))

Ressaltamos que o conteúdo registrado neste manual respalda as ações e serviços da equipe de enfermagem da Secretária Municipal de Saúde de Novo Horizonte.

## **1. ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM**

### **1.1 Estrutura da Enfermagem**

### **1.2 Regimento interno do serviço de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde**

#### **CAPÍTULO I**

##### **DAS FINALIDADES OU OBJETIVOS**

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando o cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para usuários, família, comunidade e equipe de saúde.

Art. 1º - 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.

#### **CAPÍTULO II**

Da posição:

Posicionar o serviço de enfermagem no organograma institucional. Art. 2º - O Serviço de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde é coordenado tecnicamente por enfermeiros.

#### **CAPÍTULO III**

Da composição:

Art. 3º - O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- I – Enfermeiro / Enfermeiro RT
- II- Técnico de Enfermagem
- III- Auxiliar de Enfermagem

#### CAPÍTULO IV

Da competência:

Art. 4º - 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.

Art. 5º - Ao Enfermeiro RT (Responsável Técnico) Compete:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre os profissionais de enfermagem;
- b) Favorecer a integração entre a Unidade de Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem;
- c) Assegurar que as ações de enfermagem ocorram de acordo com o código de ética de enfermagem e LEP 7498/86;
- d) Acompanhar a implementação de Protocolos e Rotinas Assistenciais de enfermagem elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- e) Manter atualizada junto ao COREN-SP a relação de profissionais de enfermagem que atuam na sua Unidade;
- f) Viabilizar aos profissionais de enfermagem treinamentos sistematizados, propiciando um melhor desenvolvimento de suas atividades;
- g) Enviar a cópia de visita fiscalizatória do COREN às devidas instâncias responsáveis pelo serviço de enfermagem na Atenção Básica.

Art. 6º - Ao Enfermeiro Compete:

Lei 7498/86 Art. 11

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

**PRIVATIVAMENTE:**

- Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Especificidades da Atenção Básica de Novo Horizonte:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- b) Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Desenvolver ações de promoção da saúde, conforme plano de ação da equipe, por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária e trabalho intersetorial, visando melhor qualidade de vida da população e garantir sua certificação;
- d) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme o planejamento da equipe de saúde;
- f) Desenvolver monitoramento dos indicadores de saúde, avaliando impacto das ações planejadas.

Art. 7º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 12

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:

- Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 da LEP 7498/86;
- Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- Participar da equipe de saúde.

Especificidades da Atenção Básica de Novo Horizonte, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- a) Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;



- b) Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- d) Desenvolver ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

Art. 8º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

Lei 7498/86 Art. 13

- 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:
  - Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
  - Executar ações de tratamento simples;
  - Prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário;
  - Participar da equipe de saúde.

Especificidades da Atenção Básica de Novo Horizonte, mediante orientação/supervisão do enfermeiro:

- a) Executar ações que facilitem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica;
- b) Auxiliar na efetivação das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- c) Executar ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária com sua competência profissional;
- d) Executar ações de promoção, prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe;
- e) Executar ações de recuperação e reabilitação da saúde da população conforme planejamento da equipe de saúde.

## CAPÍTULO V

### Do Pessoal e seus Requisitos

Os profissionais de enfermagem devem obrigatoriamente possuir registro no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício - Art. 2º da Lei 7498/86.

Art. 9º - Requisitos necessários aos cargos:

#### I - Enfermeiro:

- a) Efetivo: Ser aprovado no concurso público (Prefeitura de Novo Horizonte);
- b) Contratado: Processo seletivo regulamentado pela Organização Social (OS);
- c) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

#### II – Técnico de Enfermagem

- a) Efetivo: Ser aprovado no concurso público (Prefeitura de Novo horizonte);
- b) Contratado: Processo seletivo regulamentado pela Organização Social (OS);
- c) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

#### III- Auxiliar de Enfermagem:

- a) Efetivo: Ser aprovado no concurso público (Prefeitura de Novo Horizonte);
- b) Contratado: Processo seletivo regulamentado pela Organização Social (OS);
- c) Apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico.

## CAPÍTULO VI

### Do Pessoal e suas Atribuições

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

Art. 10º - Atribuições do pessoal

I - ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO-RT, além das estabelecidas pelo COFEN e COREN-SP, deve:

1. Realizar diagnóstico situacional e plano de trabalho do serviço de enfermagem;

2. Auxiliar o Enfermeiro a organizar o 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 e as questões éticas da profissão;
3. Viabilizar espaços de discussões técnicas e éticas com a equipe de enfermagem e a Supervisão Técnica de Saúde (STS), bem como com a Coordenação Técnica de Saúde;
4. Realizar o dimensionamento de pessoal junto à equipe de enfermagem da Unidade de Saúde

## II – ENFERMEIRO

A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Obs.: A inserção do profissional Enfermeiro na SMS-Novo Horizonte independente do vínculo empregatício:

**DEFINIÇÃO:** Profissionais com atribuição de realizar atividades Administrativas e Técnicas na área da saúde da Prefeitura do Município de Novo Horizonte;

**ABRANGÊNCIA:** Áreas que requeiram atividades Administrativas e Técnicas em saúde na Prefeitura de Novo Horizonte.

### REQUISITOS BÁSICOS:

**Comunicação:** Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.

**Flexibilidade:** Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.

**Iniciativa:** Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.

**Interesse:** Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

**Planejamento e Organização:** Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

**Pró-atividade:** Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

Ética: Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.

Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos funcionários e usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Horizonte.

Trabalho em equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.

Visão sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo

## ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO

1.1 Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública;

1.2 Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho dos serviços de enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas;

1.3 Realizar o processo de enfermagem aplicando todas as etapas do processo – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

1.4 Solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e, em rotinas aprovadas pela SMS/ de Novo Horizonte;

1.5 Prestar cuidados de Enfermagem a usuários graves e com risco de vida;

1.6 Prestar assistência integral ao indivíduo, família e comunidade;

1.7 Prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

1.8 Realizar a educação em serviço/ continuada/ permanente para equipe de enfermagem;

1.9 Participar no desenvolvimento, implantação, execução e avaliação dos programas de saúde pública;

1.10 Prestar assistência de enfermagem à gestante, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, criança/adolescente, adulto, deficiente e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde;

- 1.11 Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;
- 1.12 Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos indivíduos e famílias na unidade e, quando necessário ou indicado, no domicílio, na rua e/ou demais espaços comunitários, em todas as fases do ciclo de vida, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- 1.13 Realizar registro das atividades de enfermagem exercidas, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de enfermagem conforme a rotina administrativa do serviço;
- 1.14 Planejar e executar visitas domiciliárias, visitas técnicas, visitas na rua, de referência da unidade de saúde mediante a característica do serviço de saúde;
- 1.15 Acompanhar e analisar a produção dos serviços de enfermagem;
- 1.16 Participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da enfermagem nas unidades de saúde;
- 1.17 Participar da elaboração/ atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de enfermagem, quando solicitado pela Secretária Municipal de Saúde de Novo Horizonte;
- 1.18 Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica;
- 1.19 Realizar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- 1.20 Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e da Bioética;
- 1.21 Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários e aos profissionais durante a assistência de enfermagem;
- 1.22 Participar em programas de atividades de educação sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- 1.23 Manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de referência e contrareferência;
- 1.24 Realizar atividades de atenção à saúde/educativas, ações, procedimentos, atividades relacionadas à demanda espontânea de enfermagem;
- 1.25 Participar da construção do dimensionamento da equipe de enfermagem na unidade de saúde;
- 1.26 Participar do planejamento e monitorar os estágios curriculares desenvolvidos pela Secretária Municipal de Saúde nas unidades de saúde;
- 1.27 Participar nos programas de saúde ocupacional e biossegurança;
- 1.28 Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território.

2 Da organização dos serviços de saúde:

2.1 Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de saúde, se designado;

2.2 Dirigir ou assessorar centros de pesquisa e desenvolvimento de projetos, se designado;

2.3 Cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido.

3 Atribuições específicas do Enfermeiro na Atenção Básica (além das referidas nas atribuições gerais do enfermeiro)

3.1 Supervisionar e coordenar ações de capacitação dos Auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções;

3.2 Participar das reuniões semanais/ diárias da equipe (conforme organização da unidade);

3.3 Acompanhar os boletins de produção referente ao trabalho do Técnico / Auxiliar de Enfermagem;

3.4 Participar da análise da produção da equipe;

3.5 Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade;

3.6 Participar do desenvolvimento de ações intersetoriais integrando projetos específicos da rede de apoio social.

### III – TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM

**DEFINIÇÃO:** Profissionais que realizam atividades técnicas e técnico-auxiliares, na área da saúde da Prefeitura do Município de Novo Horizonte;

**ABRANGÊNCIA:** Áreas que requeiram atividades técnicas e técnico-auxiliares em saúde na SMS.

### REQUISITOS GERAIS E ESPECÍFICOS

#### REQUISITOS GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

1 **Ética:** Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.

**Qualidade:** Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos usuários internos e externos da SMS.

**Trabalho em Equipe:** Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.

**Visão Sistêmica:** Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo.

**Comunicação:** Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.

**Flexibilidade:** Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.

**Iniciativa:** Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.

**Interesse:** Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

**Planejamento e Organização:** Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

**Pró-atividade:** Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

**Relacionamento Interpessoal:** Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.

## **ATRIBUIÇÕES GERAIS DO TÉCNICO E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

1 Exercer atividades técnicas, de nível médio de assistência de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro;

2 Prestar cuidados diretos de enfermagem a usuários em estado grave;

3 Assistir ao Enfermeiro nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco, nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

4 Integrar a equipe de saúde, cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido;

5 Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação;

6 Executar atividades auxiliares atribuídas à equipe de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro; no domicílio, na rua e/ou demais grupos comunitários conforme especificidade do serviço;



- 6.1 Preparar o usuário para consultas, exames e tratamentos;
  - 6.2 Executar procedimentos de rotina e prescritos;
  - 6.3 Administrar medicamentos mediante prescrições;
  - 6.4 Realizar controle hídrico;
  - 6.5 Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema, calor ou frio;
  - 6.6 Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
  - 6.7 Efetuar controle de usuários e de comunicantes em doenças transmissíveis, bem como as atividades de vigilância em saúde;
  - 6.8 Realizar coleta de material para exames laboratoriais;
  - 6.9 Executar atividades de desinfecção e esterilização;
  - 6.10 Prestar cuidados de higiene e conforto ao usuário e zelar pela sua segurança;
  - 6.11 Oferecer alimentação ou auxiliar o usuário na alimentação (quando necessário);
  - 6.12 Registrar as atividades de assistência no prontuário do usuário;
  - 6.13 Preencher registros de produção de procedimentos de enfermagem;
  - 6.14 Zelar e proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem. Proceder a higienização de equipamentos e utensílios dos consultórios e setores de atuação da enfermagem;
  - 6.15 Orientar os usuários quanto ao cumprimento das prescrições médicas e da enfermagem;
  - 6.16 Integrar a equipe de saúde, participando de atividades de educação e saúde;
  - 6.17 Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de usuários;
  - 6.18 Participar dos procedimentos pós-morte;
  - 6.19 Cumprir normas e regulamentos disciplinares da unidade de saúde em que está inserido.
- 7 Participar de atividades de educação permanente e/ou cursos de capacitação para desenvolvimento profissional.
- 8 Participar nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

#### ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONFORME COFEN

De acordo com COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM) o Decreto nº 94.406/87 de 25 de junho de 1986, são atribuições do Técnico em Enfermagem



1 Assistir ao Enfermeiro:

- 1.1 No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem.
- 1.2 Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a usuários em estado grave.
- 1.3 Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica.
- 1.4 Na prevenção voltada ao controle sistemático de infecção nas unidades de serviços de saúde (C.C.I.H.).
- 1.5 Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a usuários durante a assistência de saúde.
- 1.6 Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.
- 1.7 Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

## CAPÍTULO VII

Do horário de trabalho

Art. 12 - 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. Podendo, frente à designação dos serviços (previamente agendados) e necessidades locais, realizar ações, procedimentos e atendimentos na rua e comunidades.

Obs.: atentar ao item 1 das atribuições específicas do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem

## CAPÍTULO VIII

Das disposições Gerais ou Transitórias

Art. 13 - Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados (avental e calçados confortáveis descrito no manual de Biossegurança) e identificados com crachás. O profissional deverá apresentar-se com vestimentas apropriadas de acordo com seu trabalho diário (não estar trajando roupas inadequadas: roupas transparentes, minissaia, camisetas que não cubram todo o corpo, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga.);

Art. 14 - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art. 15 - O pessoal de Enfermagem, ao ser admitido, deverá apresentar na sua referência de RH os documentos relativos à sua categoria profissional solicitados no ato da contratação;

Art. 16 - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos representantes de enfermagem das Supervisões.

Art. 17 - O Serviço de Enfermagem das Unidades de Saúde da administração direta, bem como o Serviço de Enfermagem contratado por organizações sociais (parcerias/administração indireta), deverão seguir as normas, diretrizes, protocolos e notas técnicas, da Secretaria Municipal da Saúde – Novo Horizonte.

As divulgações são realizadas em manuais e no endereço eletrônico: [observatorio.novohorizonte.sp.gov.br](http://observatorio.novohorizonte.sp.gov.br)

### 1.3 Responsabilidade técnica perante o COREN-RT

Em consonância com a Resolução COFEN – 302/2005 – art. 2º. Todo estabelecimento onde existem atividades de assistência de enfermagem, deve obrigatoriamente ter um Enfermeiro Responsável Técnico (RT) oficialmente registrado no COREN e apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem (CRT).

Considerando que a Responsabilidade Técnica é uma atividade inerente ao Enfermeiro, pois este possui competências legais privativas e indelegáveis, determinadas na LEI 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional), regulamentada pelo DECRETO 94406/87, a anotação junto ao COREN-SP, deverá ser solicitada para formalização.

O requerimento para CRT pode ser encontrado no site do COREN-SP, assim como, toda a documentação necessária para sua expedição. A concessão do CRT está limitada ao máximo de 02 (dois) para cada Enfermeiro, desde que os vínculos de trabalho não sejam em horários coincidentes (Artigo 5º - Portaria COREN-SP/DIR/27/2007).

Das atuações e atribuições, destacamos oportunizar a equipe de enfermagem à implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como manter as normatizações estabelecidas no código de ética de enfermagem.

Proporcionar e garantir a educação em serviço com o objetivo de atualizar as informações à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade.

Em caso de desligamento da função, o Enfermeiro deve comunicar imediatamente por escrito ao COREN-SP e devolver a CRT para o cancelamento da anotação. A unidade de saúde deverá indicar simultaneamente o novo RT.

Obs.: O exercício da Responsabilidade Técnica não implica em recebimento de gratificação ou adicional pelo profissional.

**ESCALA DE ENFERMAGEM**

**DIAS**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**ENFERMEIROS**

NOMES	COREN	HORÁRIO																																				

**TÉCNICOS/ AUXILIARES DE ENFERMAGEM**

NOMES	COREN	HORÁRIO																																						
<b>TÉCNICOS</b>																																								
<b>AUXILIARES</b>																																								

Domingo: D	Vacina: Vc	Reunião de Equipe: RE
Sábado: S	Curativo: Cur	Reunião Externa: Rex
Folga : F	Inalação: In	Reunião de Matriciamento: NASF
Férias: Fe	Treinamento: Ter	
Coleta de exames: Col	Grupo : G	
Papanicolau: PCG	Grupo na Comunidade: GRC	
Eletrocardiograma: ECG	Visita Domiciliar: VD	
Medicação: Med	Dispensação de medicação: DisMed	

## SUPERVISÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

<p><b>UNIDADE DE SAÚDE</b></p>	<p><b>SUPERVISÃO DIÁRIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar um roteiro (previamente elaborado), como base para o acompanhamento do serviço de enfermagem.</li> <li>• Registrar, sobretudo, os problemas identificados, assim como as providências a serem tomadas e encaminhar à Supervisora Técnica de Saúde, para conhecimento e o que mais couber.</li> <li>• Acompanhar a resolução das pendências.</li> </ul>
<p><b>SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar supervisão nas unidades de saúde de acordo com a organização interna. Priorizar as unidades de saúde onde a enfermagem necessita de orientação técnica, retornando à mesma sempre que necessário;</li> <li>• É necessário realizar supervisão de todas as unidades, no mínimo uma vez a cada 15 dias;</li> <li>• Realizar relatório a cada visita técnica</li> <li>• Aplicar o instrumento de supervisão técnica a cada 6 meses.</li> <li>• A Supervisão in loco traz fidedignidade no diagnóstico de necessidades e facilita a intervenção.</li> </ul>
<p><b>COORDENAÇÃO DE SAÚDE</b></p>	<p><b>REALIZAR SUPERVISÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junto com a Supervisora Técnica em Saúde nas unidades com prioridades de atenção da Supervisão Técnica, sempre que necessário.</li> <li>• Junto com parceiros nas unidades elencadas pela STS que necessitam de intervenção.</li> <li>• Estabelecer junto às Supervisões Técnicas a rotina de supervisão anual</li> </ul> <p><b>REALIZAR REUNIÃO TÉCNICA (REUNIÃO DE REDE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junto com parceiros, no mínimo trimestralmente</li> </ul> <p><b>REALIZAR PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE SUPERVISÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junto com parceiros para o ano seguinte (ou sempre que necessário).</li> <li>• Realizar e avaliar relatório mensal de supervisão</li> </ul>

# ROTINAS

## SETOR DE MEDICAÇÃO

A organização adequada do setor de medicação visa a realização dos procedimentos com efetividade e segurança, de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito.

Responsável: Enfermeiro

Localização: Próximo ao repouso, à sala de inalação e à sala de curativos. Atentar para a ventilação e à privacidade do usuário durante o atendimento

Execução dos procedimentos: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem. Em todo e qualquer procedimento devem ser realizados acolhimento, orientação, educação em saúde, visando esclarecer o procedimento e toda e qualquer dúvida do usuário atendido.

Materiais: Insumos e Recursos

Medicamentos	Acondicionar de forma a facilitar sua utilização e checagem de sua validade
Seringas	Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)
Agulhas	Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)
Escalpes	Acondicionar por tamanho (local identificado de fácil acesso aos profissionais)
Algodão	Sempre protegido
Álcool a 70%	Em almotolias identificadas (quando não houver a padronizada)
Garrote (tubo de látex)	Desinfecção após uso; acondicionar em local seco longe do calor
Cuba rim	Desinfecção a cada procedimento; esterilização se necessário

Equipo (macro e micro gotas)	Acondicionar em local seco, longe do calor
Suporte de soro	Limpeza e desinfecção
Braçadeira	Limpeza e desinfecção
Sabão líquido	De fácil acesso para lavagem das mãos
Espardrapo/ micropore	Acondicionar em local seco longe do calor
Divã	Troca de lençol descartável a cada usuário
Escada 02 degraus	Forrar para uso do usuário quando descalço
Caixa de emergência	Com lacre; ser checada diariamente ou semanalmente dependendo da demanda da unidade, de responsabilidade da rotina estabelecida pelos enfermeiros com reposição imediata.
Esfigmomanômetro (Obeso, adulto e infantil)	Acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo.
Estetoscópio Adulto e Infantil	Desinfecção após uso de cada usuário e manutenção rotineira; acondicionado em local de acesso aos funcionários, longe de calor excessivo.
Equipamentos / materiais de urgência	Em local seguro de acesso aos profissionais. Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira, dependendo da característica da demanda da unidade. Caixa; Maleta; Carro de emergência (lacre) -> Medicamentos e insumos orientação REMUME
Biombo	Devem ter sua forração plástica ou descartável; Limpeza, Desinfecção (se necessário) e manutenção rotineira



## SETOR DE EXAMES LABORATORIAIS

A organização do fluxo dos exames de laboratório na Unidade de Saúde deve ser idealizada respeitando características da UBS e equação dos funcionários. A dinâmica da rotina deve ser sistematizada para manutenção da qualidade do material biológico e integridade do usuário.

A coleta de material para exames deve ser realizada diariamente pela equipe de enfermagem.

**A orientação referente ao preparo para o exame também deve ser realizada pela equipe de enfermagem, preferencialmente, logo após a consulta/atendimento.**

Responsáveis: Enfermeiro

Execução do procedimento: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Materiais:

• Tubos para coleta de exames;
• Agulhas;
• Escalpes;
• Algodão;
• Garrote;
• Álcool 70%;
• Seringas;
• Caixa isotérmica para transporte de material biológico;
• Gelo reciclável (tipo gelox);
• Braçadeira 1 p/ 15 coletas;
• Caixa de descarte para material perfurocortante;
• Etiquetas para identificação dos tubos;
• Luvas para procedimentos;
• Impressos/planilhas para registro;
• Grade para suporte dos tubos;
• Coletor de urina universal;
• Coletor de urina pediátrico;

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel Lençol;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lixeiras com pedal com saco branco e preto;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel toalha;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabão líquido.</li> </ul>

Procedimentos:

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 exame; levando as SADT de exames a serem realizados e orientar sobre o procedimento;
3. Registrar os exames em impressos/planilhas destinados para tal;
4. Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor;
5. Identificar os tubos para coleta de exames, com nome legível e data de nascimento.
6. Colher o material segundo técnica específica;
7. Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde;
8. Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte ao laboratório e conferi-los,
9. Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança;
10. Afixar em local de fácil acesso aos funcionários, as normatizações de encaminhamento às unidades de referência, em caso de acidente biológico;
11. Checar o retorno dos resultados dos exames em impresso/planilha/sistema de informação.
12. Avaliar os resultados de exames e tomar as condutas necessárias (arquivar resultado ou convocar para consulta).

Observações Gerais:

- ✓ Macas e braçadeiras devem ser mantidas limpas (água e sabão). Caso ocorra contaminação com material biológico, deve-se providenciar sua imediata descontaminação (desinfecção com Insidin) em seguida limpar com água e sabão.
- ✓ Para a coleta sugere-se solicitar ao usuário documento identificatório com foto;
- ✓ O acondicionamento das amostras deve ser realizado com devido cuidado, pois o preparo correto da amostra permite a qualidade da sua análise;
- ✓ As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.
- ✓ Os resíduos gerados no posto de coleta deverão ser segregados de acordo com as normas de biossegurança.
- ✓ Realizar limpeza terminal após coleta.

## **ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINA**

A execução da atividade de vacinação nas UBS é realizada pela equipe de enfermagem, que deve ser composta por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem em número suficiente para atender a demanda das estratégias de vacinação de rotina, campanhas e bloqueios vacinais; com treinamento em rede de frio, administração de imunobiológicos, conforme o Calendário de Vacinação vigente.

Responsável técnico pela sala de vacina: Enfermeiro

Atribuições específicas do enfermeiro:

1. Atualizar, supervisionar e treinar em serviço a equipe que atua na sala de vacina
2. Exercer todas as atividades de vacinação respeitando as normas técnicas vigentes;
3. Fazer controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinas, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios
4. Fazer controle e previsão de insumos destinados à demanda de vacinação, tanto na rotina, como em campanhas e situação de bloqueio.
5. Notificar e investigar os Eventos Adversos Vacinal Pós-Vacinação (EAPV) e os procedimentos inadequados de imunização e pós-imunização
6. <b>Calcular e avaliar cobertura vacinal e taxa de abandono de sua área de abrangência.</b>
7. Avaliar as anotações do controle de temperatura dos equipamentos de refrigeração e notificar se ocorrer alterações de temperatura.
8. Preencher ata ou sistema de informação do município sobre a movimentação de imunos.
9. Realizar movimentação de imunos no SIPNI no 1º dia útil.

Atribuições da equipe de enfermagem:

1. Manter e fazer manter a ordem e higienização do ambiente
2. Realizar as atividades de vacinação (rotina, campanhas, intensificação e bloqueios)

3. Identificar as contraindicações e situações de adiamento às aplicações de vacinas (ato exclusivo do Enfermeiro).
4. Prestar assistência com segurança.
5. Utilizar os imunobiológicos de acordo com indicação preconizada pelo Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde.
6. Anotar os procedimentos realizados na ficha espelho e no SIPNI.
7. Conhecer normas de imunização, documentos técnicos sobre as vacinas aplicadas no calendário de vacinação e legislação específica.
8. Manter os imunobiológicos em temperatura adequada (+2° a +8° C).
9. Notificar as alterações de temperatura ocorridas no equipamento de refrigeração.
10. Manusear os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento.
11. Realizar limpeza de equipamento conforme necessidade 1 vez por mês, e refrigerador doméstico a camada de gelo não deve ultrapassar 5 cm.
12. Realizar pedido de grade mensal de vacinas.
13. Registrar e desprezar de forma adequada os imunobiológicos inutilizados.
14. Fazer o controle e busca dos faltosos.
15. Realizar, manter e orientar princípios de biossegurança.
16. Alimentar sistema de Vacina SIPNI.

**Espaço Físico:**

A sala de vacina deve ser de uso exclusivo para a atividade de imunização e deve ter os seguintes requisitos:

• Fácil acesso ao público;
• Planta física adequada;
• Ventilação e iluminação adequada, evitando incidência de luz solar direta;
• Paredes e piso laváveis;
• Pia com torneira;
• Tomada para cada equipamento elétrico.

Material permanente:

• Câmara/geladeira para conservação de imunobiológicos
• Bancada ou mesa para o preparo dos imunobiológicos
• Bandejas de aço
• Mesa com gavetas
• Cadeiras
• Computador
• Fichário ou arquivo
• Armário com porta para armazenar material de consumo
• Dispensador para sabonete líquido
• Suporte para papel toalha
• 2 Lixeira com tampa acionada por pedal, com sanito branco e preto
• Suporte para caixa de descarte de material perfurocortante
• Divã

Material de Apoio para consumo:

• Imunobiológicos
• Bandeja plástica perfurada
• Termômetro de máxima e mínima digital
• Termômetro clínico digital
• Algodão hidrófilo
• Recipiente com tampa para algodão
• Álcool a 70%;
• Recipiente para álcool 70%
• Caixa térmica
• Gelo reutilizável
• Seringas descartáveis (1ml, 3ml e 5 ml)
• Agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intramuscular e diluição.
• Sabonete líquido

• Papel toalha
• Caixa de material perfurocortante
• Saco plástico para lixo
• Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, almofada para carimbos e outros)
• Carteira de vacinas e cartão espelho.
• Impressos próprios

Material para atividade extramuros:

Imunobiológicos
Caixa térmica
Gelo reutilizável
Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
Algodão hidrófilo recipiente com tampa
Almotolia com álcool a 70%
Seringas descartáveis
Agulhas descartáveis
Caixa própria para descarte de material perfurocortante
Material de escritório
Fita adesiva
Saco plástico
Impressos próprios para estratégia de vacinação

Material necessário em caso de falha elétrica:

Caixa térmica
Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
Gelo reutilizável
Fita adesiva

Impressos e Manuais:

Normas Técnicas
Procedimentos para administração de vacinas
Rede de Frio

Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos
Centro de Referências para Imunobiológicos Especiais
Sala de Vacina
Ficha de investigação de Procedimento Inadequado
Boletim mensal de movimento de imunobiológicos
Caderneta de Saúde da Criança (menino/ menina) e Caderneta de Vacinação do Adulto
Mapa de registro diário de temperatura
Controle de higienização de sala de vacina

**Ao iniciar as atividades diárias a equipe deve:**

- ✓ Verificar e anotar no mapa de registro diário de temperatura, as temperaturas máxima, mínima e do momento.
- ✓ Realizar higienização das superfícies e bancadas de trabalho.
- ✓ Verificar estoque, prazo de validade dos imunobiológico dispondo-os de maneira que, os que estiverem com prazo de validade mais próximo do vencimento fiquem logo a frente para serem utilizados.
- ✓ Retirar do compartimento de estoque a quantidade de vacina e respectivos diluentes e acondiciona-los no compartimento de uso diário para que sejam utilizados durante a jornada de trabalho.
- ✓ Registrar as vacinas no SIPNI, à medida que os imunobiológicos forem sendo utilizados.

Atendimento:

<b>É 1º ATENDIMENTO?</b>	Verificar se o usuário está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno (pois, o mesmo pode já possuir a caderneta de vacinação)
<b>1º ATENDIMENTO</b>	Para primeira vez, fornecer (se não tiver) documento de registro de vacinação (caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de vacinação do Adulto)
<b>RETORNO</b>	Verificar no arquivo a Ficha de Registro de Vacinas e/ou SIPNI
<b>JUNTO AO USUÁRIO</b>	Obter informações a respeito do estado de saúde do usuário a ser vacinado, evitando falsas cotraindicações. Orientar a importância da vacinação, esquema vacinal, retornos e possíveis Eventos Adversos Pós Vacina.
<b>ANOTAÇÕES</b>	Fazer o registro do lote, validade e vacina a ser administrada na ficha espelho e caderneta de vacinação, com carimbo e assinatura.



	Registrar dose no SIPNI
	Agendar retorno
<b>ADMINISTRAÇÃO DO IMUNOBIOLOGICO</b>	Verificar qual vacina será administrada de acordo com o Calendário Vacinal vigente
	Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado
	Higienizar as mãos com água e sabonete líquido
	Examinar o produto observando aspecto da solução, estado da embalagem, prazo de validade, número do lote, dose e via de administração preconizada
	Preparar e administrar a vacina
	Observar a ocorrência de possíveis reações imediatas
	Desprezar o material descartável na caixa de material perfurocortante
	Reforçar as orientações

Ao término das atividades diárias a equipe deve:

- ✓ Desprezar os frascos de vacinas que ultrapassaram o prazo para uso estabelecido após abertura do frasco.
- ✓ Verificar e anotar no mapa de registro diário de temperatura, a temperatura máxima, mínima e do momento.
- ✓ Guardar no compartimento de estoque as vacinas que ainda podem ser utilizadas
- ✓ Guardar todo material e organizar a sala.
- ✓ Avaliar estoque das vacinas e se necessário fazer solicitação de grade de complementação.

Busca ativa de faltosos:

- ✓ A busca de faltosos pode ser realizada semanalmente ou quinzenalmente, de acordo com a dinâmica do serviço de saúde, podendo adotar as seguintes estratégias:
- ✓ Realizar visita domiciliar,
- ✓ Contato telefônico,
- ✓ Utilizar outros recursos da comunidade, tais como: conselho comunitário, grupos de igreja, escolas, entre outros.

### Higienização:

Para higienização da câmara de conservação de vacina utilizar o manual técnico de rede de Frio.

### Higienização ambiente da sala de vacina:

Equipe de Enfermagem - Higienização diária e sempre que necessário, de bancadas e superfícies com Incidin.

### Serviço de Higiene:

- ✓ Limpeza Concorrente – diária e quantas vezes ao dia forem necessárias;
- ✓ Limpeza terminal – semanal.

Responsável técnico pelo serviço: Enfermeiro

Insumos e recurso:

Caixa plástica com tampa, para acondicionar conjuntos de inaladores pós-processamento de desinfecção, devidamente identificada
Conjuntos de inaladores processados suficientes para demanda da unidade
Caixa plástica com tampa, para acondicionar conjuntos de inaladores para processamento de desinfecção
Armário fechado com portas.
Almotolia com álcool a 70%
Sabão líquido – dispensador para sabão líquido
Papel toalha
Impresso para anotação de controle de validade do Incidin
Saco para acondicionamento dos Kits de inalação.

Atribuições da Equipe de Enfermagem

Atribuições específicas: Enfermeiro

Solicitar, junto ao serviço administrativo a substituição dos conjuntos quando necessário
Checar limpeza concorrente diária, ou quando necessário
Realizar educação em serviço

Atribuições: Equipe de enfermagem

Checar o quantitativo de inaladores a processar e processados
Avaliar as condições dos conjuntos de inaladores (aparência – <i>fosco/riscado/rachado</i> - e funcionamento)
Higienizar os conjuntos de inaladores adequadamente.

**ROTINA DE ORGANIZAÇÃO E ROTINA DA SALA DE CURATIVO**

Atribuições do Enfermeiro:

Realizar consulta de enfermagem: avaliação, classificação da ferida, prescrição de cobertura adequada e evolução conforme Manual de Curativo.
Encaminhar o usuário para avaliação médica (clínico) para determinar a etiologia da lesão ou em caso de intercorrências.
Prescrever, quando indicado, as coberturas para curativo das lesões - conforme padronizado no Manual de Curativos.
Executar o Curativo conforme Manual.
Evoluir (descrever) a ferida - preencher ficha de atendimento adequadamente.
Reavaliar periodicamente de acordo com o grau de complexidade e necessidade
Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo
Fazer a previsão e controle de consumo das coberturas para realização dos curativos

Atribuições da equipe de enfermagem

Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento.
Receber o usuário acomodando-o em posição confortável e que permita ao profissional boa visualização da lesão.
Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser executado. No primeiro atendimento explicar ao usuário a técnica do curativo
Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico.
Orientar o usuário quanto a data do retorno, cuidados específicos e gerais.
Realizar anotação de enfermagem em ficha de atendimento.

Desprezar o material utilizado e separar o que precisa ir para esterilização.
Realizar higienização de superfície.

**Materiais: Insumos e Recursos**

Armário fechado ou gabinete com portas (laváveis);
Almotolia com álcool a 70%.
Almotolia com sabão líquido.
Papel toalha.
Um divã para realização do curativo e exame clínico.
Um carro para curativo em aço.
Duas lixeiras com pedal para sanito branco e preto.
Um mocho e/ou cadeira.
Uma escada de dois degraus.
Diferentes coberturas primárias e secundárias de acordo com Manual de Curativos.

Higienização da Sala de Curativo:

Equipe de Enfermagem - Higienização diária e sempre que necessário, de bancadas e superfícies com **Incidin**.

Serviço de Higiene

Limpeza Concorrente – diária e quantas vezes ao dia forem necessárias;

Limpeza terminal – Diária.

### Higienização simples das mãos

É o simples ato de higienizar as mãos com água e sabão preferencialmente neutro, podendo em algumas situações utilizar antissépticos.

### Finalidade

Remover micro-organismos da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

### Hábitos importantes e necessários

1.	Higienizar as mãos ao chegar na unidade de trabalho.
2.	Manter as unhas naturais, limpas e curtas
3.	Não usar unhas postiças quando entrar em contato com o usuário
4.	Evitar uso de esmaltes nas unhas
5.	Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o usuário
6.	Aplicar creme nas mãos para evitar ressecamento (uso individual)
7.	Não Abrir ou fechar portas com Luvas ou com sujidades nas mãos e não atender ao telefone com luvas.  Não ficar com a mesma luva por período prolongado sem trocá-la e sem lavagem das mãos.

### Via de transmissão

**ATENÇÃO:** os profissionais com lesão cutânea ou exsudativas devem evitar o contato direto com usuários.

1.	As mãos constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos usuários da saúde
2.	A pele reserva diversos micro-organismos, como: <i>Bactérias gram-negativas</i> -> gastroenterites agudas.  <i>Bactérias gram positivas</i> -> infecções da pele

### Produtos

1.	<b>SABONETES:</b> tem ação detergente, remove sujidades, detritos e impurezas da pele ou outras superfícies. O uso de sabão líquido é obrigatório nos hospitais e nas unidades de saúde
2.	<b>ÁLCOOL GEL:</b> podem ser usados para higienização das mãos, é insuficiente quando as mãos estão sujas e, não substitui a lavagem das mãos.

### HÁBITOS DE HIGIENE PESSOAL - HIGIENIZAR AS MÃOS

1.	Antes e após:	Utilizar o sanitário
2.	Após:	Coçar ou assoar o nariz Pentear os cabelos Cobrir a boca ao espirrar Manusear dinheiro

1. Antes de contato com o usuário	<b>Quando?</b> Higienize as mãos antes de entrar em contato com usuário. <b>Por Que?</b>
-----------------------------------	--



	Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecção.
2. Antes da realização de qualquer procedimento	<p><b>Quando?</b>          Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento (dos mais simples aos mais complexos).</p> <p><b>Por Que?</b>          Para a proteção do usuário, evitando a transmissão de micro-organismos das mãos do profissional para o usuário, incluindo os micro-organismos do próprio usuário.</p>
3. Após realização de qualquer procedimento ou exposição a fluídos corporais.	<p><b>Quando?</b>          Higienize as mãos imediatamente após realização de qualquer procedimento, ou risco de exposição a fluídos corporais (e após a remoção de luvas).</p> <p><b>Por Que?</b>          Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do usuário a outros profissionais ou usuários.</p>
4. Após contato com usuário	<p><b>Quando?</b>          Higienize as mãos após contato com o usuário, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao usuário.</p> <p><b>Por Que?</b>          Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao usuário, evitando a transmissão de micro-organismos do próprio usuário.</p>
5. Após contato com mobília utilizada para tratamento,	<p><b>Quando?</b>          Higienize as mãos após tocar qualquer objeto ou outro pertence, documento do usuário ou referente ao usuário</p>

<p>pertences documentos referentes ao usuário</p>	<p>e</p> <p>que fique arquivado na unidade, ou tocar nas cadeiras, macas de tratamento do usuário.</p> <p><b>Por Que?</b></p> <p>Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies de cadeiras, macas, poltronas de tratamento, pertencentes do usuário, trazidos por ele ou arquivados na unidade, evitando a transmissão de micro-organismos que estejam eventualmente nos mesmos.</p>
---	--

## HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

### Como lavar as mãos



Abra a torneira e molhe as mãos



Aplique sabonete na palma das mãos



Ensaboe ambas as palmas e esfregue-as



Friccione o dorso das mãos e os espaços entre os dedos



Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da outra, com movimentos de vaivém



Friccione os polegares com a ajuda da palma da mão



Esfregue a ponta dos dedos e das unhas contra a palma da mão oposta



Lave os punhos com movimentos circulares



Enxágue as mãos e evite contato direto com a torneira



Seque as mãos e os punhos com papel toalha

Fonte: Hospital Sírio-Libanês

### **IMPORTANTE**

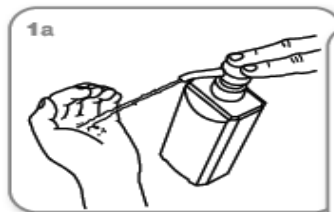
- ✓ No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.
- ✓ O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.
- ✓ Deve-se evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele.

## TÉCNICA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÕES ALCOÓLICAS

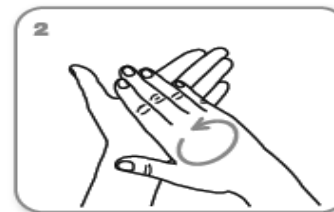
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



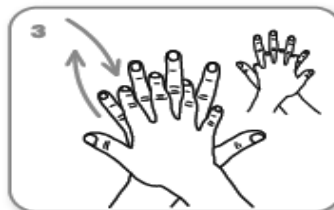
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



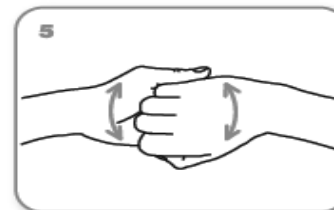
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



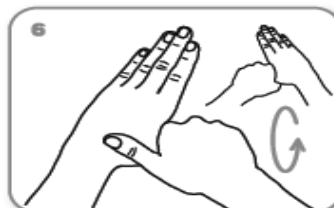
3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



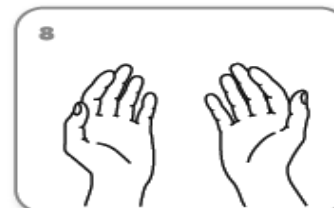
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de val-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

- ✓ Vale ressaltar que:
- ✓ Soluções à base de álcool, com ou sem emoliente, em formulação líquida ou gel podem ser usadas, porém são ineficientes quando as mãos estão sujas (RDC 42, de 25/10/2010);
- ✓ Preparação alcoólica para higienização das mãos sob as formas de gel, espuma e outras preparações contendo álcool, na concentração mínima de 70%.

## CURATIVOS

Ferida é a perda da continuidade dos tecidos, ou seja, é a quebra da sua integridade pelo rompimento de suas camadas.

Esta interrupção da estrutura anatômica compromete suas funções fisiológicas, independentes do(s) tecido(s) envolvido(s).

Dentre os diversos fatores que dificultam a cicatrização, destacam-se alguns, como: pressão, infecção, edema, agentes tópicos inadequados, idade, obesidade, medicamentos sistêmicos, estresse, a ansiedade e a depressão, tabagismo, alcoolismo dentre outros, além de que quanto maior for o tempo de evolução da úlcera, bem como sua extensão e profundidade, maior será o tempo necessário à cicatrização.

Responsável: Enfermeiros

1.	Avaliação do usuário como todo
2.	Avaliação da ferida

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais:

1.	Soro fisiológico (0,9%)
2.	Álcool a 70%
3.	Antisséptico tipo Clorexidina degermante/aquosa
4.	Agulha 40/12
5.	Seringa 20ml
6.	Gazes não estéreis e estéreis, chumaço de gaze estéril
7.	Luva de procedimento
8.	Protetor para a cama ou balde da casa a ser utilizado somente para esta finalidade
9.	Bacia de inox
10.	Saco plástico para proteger a bacia de inox
11.	Saco plástico para lixo (cor branca)
12.	Coberturas diversas de acordo com protocolo
13.	Faixa crepe de tamanhos previamente avaliados (10 cm, 15 cm, 20 cm)
14.	Fixadores do tipo micropore, fita adesiva ou similar

15.	Protetores cutâneos
16.	Bisturi e ou Tesoura (mayo e iris)
17.	Pinça Kelly, pinça anatômica e ou pinça mosquito.

Procedimento – Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Preparar o material
3.	Orientar o usuário sobre o procedimento
4.	Aquecer o soro (se necessário)
5.	Reunir o material e levá-lo para próximo do paciente/usuário
6.	Explicar ao paciente/usuário o que será realizado
7.	Colocar o paciente/usuário na posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada
8.	Proteger o local dos líquidos que serão escorridos na limpeza da lesão (protetor para cama ou balde, ou bacia de inox com protetor plástico)
9.	Escolher um local limpo (ou limpar) e adequado para abrir os materiais a serem utilizados
10.	Abrir o material a ser utilizado, com técnica asséptica
11.	Calçar luvas para procedimentos
12.	Remover o curativo anterior, utilizando solução fisiológica se houver aderência
13.	Jogar o curativo anterior e as luvas no lixo
14.	Calçar novas luvas para procedimentos
15.	Inspecionar cuidadosamente a ferida e os tecidos adjacentes
16.	Limpar a lesão com jato de soro e de acordo com os princípios de limpeza e secar a pele ao redor
17.	Aplicar o curativo selecionado/prescrito e cobrir
18.	Cobrir e fixar
19.	Datar e assinar o curativo
20.	Remover as luvas e todo material que não se aproveita, jogando-os no lixo
21.	Remover e acondicionar todo o material utilizado em local adequado
22.	Registrar o procedimento: (instrumento de produção e prontuário do usuário).



**Considerações:**

Quando o usuário apresentar mais de uma lesão, a realização dos curativos deve seguir a mesma orientação para o potencial de contaminação: do menos contaminado, para o mais contaminado.

Antes de iniciar a limpeza da úlcera, remover a cobertura anterior, de forma não traumática.

Se a cobertura primária for de gaze, irrigar abundantemente com soro fisiológico, para que as gazes se soltem sem ocasionar sangramento.

A despeito da técnica limpa, é recomendado o uso de luvas de procedimento e instrumentais estéreis, somados aos princípios de assepsia, o que inclui o ambiente e as mãos. Tal técnica pode ser denominada como não estéril.

**Orientação dispensada ao doente família/cuidador em relação:**

- ✓ Aos cuidados com o curativo (evitar sujidades)
- ✓ À periodicidade de troca e incentivo ao autocuidado
- ✓ Às atividades da vida diária
- ✓ À necessidade de completar o registro dos dados e das condutas adotadas e executadas.

**Importante:**

<b>1.</b>	Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida
<b>2.</b>	Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária
<b>3.</b>	A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada
<b>4.</b>	Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%
<b>5.</b>	O protetor plástica da bacia inox deverá ser desprezado / conteúdo líquido em local apropriado e após desprezado no lixo
<b>6.</b>	Após cada curativo, encaminhar o material limpeza e esterilização

<b>7.</b>	O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujidade de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo
<b>8.</b>	Quando na realização de curativos em Feridas Cirúrgicas e Traumáticas: Consultar o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas
<b>9.</b>	Caso a sala não tenha condições físicas de acomodar os insumos descritos deverá ser providenciado à melhor forma de se adequar ao ideal.

### **CUIDADOS DOMICILIARES**

Reforçar aos responsáveis cuidadores e ao paciente, quando este tiver condições, as ações específicas ao autocuidado desenvolvidas durante as visitas. São cuidados constantes no domicílio de responsabilidade dos cuidadores ou pacientes:

1.	Identificar as características mínimas normais das coberturas secundárias e da pele ao redor
2.	Manusear e trocar os curativos secundários apenas
3.	Não molhar durante o banho salvo necessidades (diarreia com abundante comprometimento da ferida, e outros)
4.	Realizar os cuidados preventivos pertinentes ao caso segundo sua etiologia (ver protocolo de Prevenção e tratamento de feridas crônicas e do pé diabético as medidas preventivas para orientação)
5.	Manter tratamento médico e de enfermagem adequadamente.

## **ORIENTAÇÕES GERAIS**

### **A equipe multiprofissional deve em Domicílio:**

- ✓ Conhecer as necessidades da família;
- ✓ Identificar cuidadores potenciais com nível cognitivo adequado e habilidade motora;
- ✓ Respeitar as diferenças culturais e religiosas;
- ✓ Manter diálogo em nível adequado, com orientações e explicações compreensíveis;
- ✓ Deixar o cuidador e o usuário seguros quanto as suas atribuições.

## RETIRADA DE PONTOS

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação
----	-----------

Execução da prescrição: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

### MATERIAIS:

1.	TESOURA DE ÍRIS
2.	GAZES (ESTÉRIL)
3.	Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
4.	LUVAS PARA PROCEDIMENTO
5.	SORO FISIOLÓGICO 0,9%
6.	ANTISSÉPTICO DO TIPO CLOREXIDINA AQUOSA A 2%
7.	AVENTAL.

### PROCEDIMENTO – DESCRIÇÃO

1.	Orientar o usuário sobre o procedimento;
2.	Higienizar as mãos
3.	Preparar o material (abrir pacote de retirada de ponto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo)
4.	Expor a área
5.	Realizar antissepsia do local de retirada dos pontos (umedecer a gaze com Clorexidina, fazer a limpeza do local a partir da incisão cirúrgica - área menos contaminada e após umedecer outra gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza da forma como explicada anteriormente); Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora;
6.	Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante

7.	Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;
8.	Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo branco leitoso;
9.	Fazer leve compressão no local com gaze seca
10.	Desprezar o material utilizado em local apropriado
11.	Retirar EPI e Higienizar as mãos
12.	Registrar o procedimento no prontuário.

### **CONSIDERAÇÕES:**

- ✓ Observar presença de sinais flogísticos comunicando ao enfermeiro;
- ✓ Realizar curativo se presença de sangramento ou outra intercorrências;
- ✓ Em caso de deiscência no local, o enfermeiro deve avaliar se remove ou não os pontos;
- ✓ Realizar curativo conforme Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas.

## **COLETA DE SANGUE CAPILAR (GLICEMIA)**

Procedimento que consiste na punção da face lateral da falange distal, onde é coletada uma amostra de sangue capilar para detectar o nível glicêmico do indivíduo.

São utilizados monitores / glicosímetros / medidor de glicemia portáteis, que são indicadas às pessoas que necessitam fazer o controle diário (indicação/prescrição médica) do controle da glicemia (devido à necessidade de detectar alterações glicêmicas importantes naquele momento) ao fato destas sofrerem subsequentes alterações da glicemia durante o dia.

Responsável: Enfermeiro

<b>1.</b>	Avaliação mediante resultado com alterações, o enfermeiro deve orientar educação em saúde, autocuidado e/ou a efetivação da consulta, ou realizar o agendamento da consulta médica.
<b>2.</b>	Realizar Consulta de Enfermagem e agendar retorno.

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais:

<b>1.</b>	Solicitar para o usuário lavar e secar bem as mãos, e/ou realizar assepsia com algodão e álcool 70%.
<b>2.</b>	Selecionar o material de coleta monitores portáteis de glicose ou, glicosímetro de acordo com a padronização SMS, lanceta descartável com proteção, ou seja, lancetas com dispositivos de segurança para o profissional não correr risco de entrar em contato com a ponta da agulha
<b>3.</b>	Luvas para procedimento
<b>4.</b>	Monitores portáteis de glicose (são rápidos e fáceis para medir a glicose, permitindo seu uso em larga escala e no auto monitoramento da glicemia em jejum)
<b>5.</b>	Caixa para descarte de material perfurocortante.

Certificar-se de:

1.	Verificar validade das tiras reagentes para determinação de glicose no sangue
2.	Verificar as restrições de dieta
3.	Manutenção do aparelho
4.	Calibragem do aparelho
5.	Disponibilizar a requisição de exames, identificar e posicionar o usuário.

Descrição

1.	Localizar superfície na face lateral, da falange distal (extremidade) dos dedos médios ou anular em crianças maiores de um ano e em adultos.
2.	Higienizar as mãos – técnica indicada no manual de biossegurança e neste manual
3.	Calçar luvas
4.	Fazer assepsia do local da punção e permitir secagem natural (álcool a 70%), ou solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão
5.	Preparar a lanceta de punção, ou preparar o lancetador ou caneta de punção ( <i>seguir a orientação do fabricante</i> )
6.	Deixar o braço do usuário pendente ao longo do corpo por 30 segundos
7.	Pressionar o dedo da base para a ponta
8.	Puncionar a - face lateral da falange distal com lanceta
9.	Caneta para punção - lancetador; a agulha só sai quando o dispositivo é acionado pelo o profissional na pele do usuário. Neste caso uma vez retraído a agulha não existe possibilidade de reutilização.
10.	Quando punção mecânica - descartar a lanceta (cuidar para não ocasionar acidente perfurocortante)
11.	Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita reagente
12.	Limpar o local com algodão seco
13.	Pressionar o local da punção com algodão ou gaze e elevar ligeiramente a extremidade puncionada acima do nível do coração para interromper a saída de sangue
14.	Descartar a fita na lixeira de material contaminado
15.	Acompanhar a avaliação realizada pelo monitor portátil ou acompanhar o resultado das tiras de leitura

<b>16.</b>	Ler o resultado
<b>17.</b>	Descalçar as luvas e higienizar as mãos
<b>18.</b>	Anotar em prontuário e no boletim de produção
<b>19.</b>	Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento.



## TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ URINÁRIO

### (DETECÇÃO DE HCG NA URINA)

Exame mais comumente feito com a finalidade de detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião.

Geralmente realizado após o 10º. dia de atraso menstrual para detectar a gravidez (seguir orientação do fabricante do teste).

Para realização do exame a mulher não deve estar apresentando sangramento, nem utilizando pomadas ou cremes vaginais.

Responsável: Enfermeiro

1.	<b>Avaliação:</b> Frente ao resultado positivo, o enfermeiro deve realizar a primeira consulta de enfermagem, solicitar todos os exames indicados para início do pré-natal e agendar a próxima consulta com o profissional médico.
2.	Agendar retorno consulta de enfermagem conforme manual da instituição (SMS).

Execução do teste: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

#### Materiais

1.	Frasco coletor
2.	Etiqueta ou fita para identificação
3.	Kit de teste para gravidez ou tira reagente
4.	Impresso próprio para anotações
5.	Prontuário do usuário.

Descrição

<b>1.</b>	Acolher a usuária.
<b>2.</b>	Indagar sobre o período de amenorreia (não menos de 10 dias).
<b>3.</b>	Encaminhar ao sanitário e garantir sua privacidade.
<b>4.</b>	Oferecer o frasco de coleta que deve ser identificado.
<b>5.</b>	Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio.
<b>6.</b>	Orientar a usuária: Realizar higiene, desprezar o primeiro e o último jato e coletar dois dedos de urina (Observação: não contaminar a parte externa do frasco)
<b>7.</b>	Receber o material e proceder à realização do exame (deve estar em local apropriado).
<b>8.</b>	Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado.
<b>9.</b>	Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo fluxo da unidade.
<b>10.</b>	Registrar em prontuário e indicar atraso menstrual DUM.
<b>11.</b>	Anotar a produção.
<b>12.</b>	Manter o frasco refrigerado (2° a 8°C).
<b>13.</b>	Pode ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, desde que não tenha ingerido muito líquido e tenha um intervalo de no mínimo 3 horas da última micção.

## COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA

Prevenção do câncer de colo uterino

Coleta de material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas podendo ter encontrado alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros).




Deve ser realizado em todas as mulheres, pelo menos uma vez a cada 2 anos.

Responsável: Enfermeiro Treinado

1.	Estar atendo à prevenção ginecológica da sua comunidade (usuária)
2.	Realizar educação em serviço continuamente
3.	Realizar a coleta nas suas consultas

Execução: Enfermeiro

Materiais

1.	Espátula de Ayres: Pode ser feita de madeira e apresenta, em uma das suas extremidades, um recorte que permite maior contato com a superfície ectocervical. 
2.	Escova endocervical: feita de material plástico, com cerdas macias para menos trauma no canal endocervical. 
3.	Espéculos: P, M e G 
4.	Lâmina com uma extremidade fosca (para identificação)
5.	Fixador citológico
6.	Pinça Cheron
7.	Gazes esterilizadas
8.	Soro fisiológico 0,9%, ou água destilada
9.	Formulário de requisição e de remessa de exames

<b>10.</b>	Livro de registro
<b>11.</b>	Outros materiais de escritório: lápis preto nº2; apontador; borracha; canetas; régua.

### EPI(s)

<b>1.</b>	Óculos de proteção
<b>2.</b>	Avental descartável
<b>3.</b>	Luvas para procedimento.

### Sala equipada para coleta

<b>1.</b>	Mesa ginecológica
<b>2.</b>	Mesa auxiliar
<b>3.</b>	Escada de dois degraus
<b>4.</b>	Foco de luz com cabo flexível
<b>5.</b>	Recipiente para acondicionamento de lâminas usadas
<b>6.</b>	Cesto de lixo com pedal

### Instruções para coleta

<b>1.</b>	A amostra pode ser coletada nas fases do ciclo menstrual ou, na ausência deste, em qualquer época ou idade da mulher. Mas, a mulher não deve estar menstruada
<b>2.</b>	É indicado estar em abstinência sexual de no mínimo 24 h antes da coleta Nas 48 h que antecedem o exame não ter usado cremes, óvulos ou realizado duchas vaginais
<b>3.</b>	Indagar se foi efetivado o referido exame anteriormente, há quanto tempo? Orientar quanto ao procedimento a ser realizado
<b>4.</b>	Preencher o formulário para o exame e registro interno da unidade
<b>5.</b>	Escrever com lápis preto na extremidade fosca da lâmina: nº da coleta e as iniciais da mulher, antes da coleta
<b>6.</b>	Realizar coleta da ectocérvice e endocérvice do canal cervical. As coletas são colhidas separadamente e colocadas em uma única lâmina.
<b>7.</b>	Deixar o frasco com fixador próximo à lâmina já identificada

<b>8.</b>	Saber ouvir e esclarecer possíveis dúvidas ou angústias
<b>9.</b>	Esta coleta em gestante deve ser realizada preferencialmente pelo Médico.

### Descrição

<b>1.</b>	Criar um ambiente acolhedor para receber a usuária. Respeitar a privacidade
<b>2.</b>	Realizar uma entrevista para preencher a ficha padronizada para coleta estabelecida pela instituição. Indicar situações específicas (gestação, virgindade)
<b>3.</b>	Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, avaliação e orientação de enfermagem e retorno. Se possível, anotar resultado do papa anterior
<b>4.</b>	Conferir dados do prontuário identificando a usuária
<b>5.</b>	Descrever para a usuária como será realizada a coleta de exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espécuro, escova, espátula e lâmina) e realizar a técnica do autoexame das mamas
<b>6.</b>	Solicitar para a usuária esvaziar bexiga
<b>7.</b>	Encaminhar ao sanitário e garantir sua privacidade
<b>8.</b>	Orientar a despir-se da cintura para baixo, auxiliá-la deitar, cobrir com lençol e orientar a posição ginecológica
<b>9.</b>	Escolher o número de espécuro de acordo com o tamanho da usuária
<b>10.</b>	Higienizar as mãos
<b>11.</b>	Calçar luvas
<b>12.</b>	Afastar os pequenos lábios, abrir e introduzir o espécuro no canal vaginal vagarosamente até visualizar o colo uterino e, simultaneamente imprimir um movimento de rotação de 90°
<b>13.</b>	O procedimento acima pode ser difícil nas vaginas anatomicamente profundas, se existir retroversão ou obesidade
<b>14.</b>	Nos casos de resistência da mucosa por atrofia, molhar o espécuro com soro fisiológico
<b>15.</b>	Após exposição do colo, coletar o material o mais breve possível

<b>16.</b>	Se houver grande quantidade de secreção ou leucorreia, retirar delicadamente o excesso com gaze, sem friccionar o colo
<b>17.</b>	<b>COLETA ECTOCERVICAL:</b> Com espátula de Ayres fazer uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, estender o material na lâmina com suave pressão
<b>18.</b>	<b>COLETA ENDOCERVICAL:</b> Utilize a escova de coleta endocervical, recolha o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical girando 360° num só sentido, estender o material no restante da lâmina, rolando a escova
<b>19.</b>	As coletas são colhidas separadamente e colocadas em uma única lâmina
<b>20.</b>	<b>FIXAÇÃO</b> Realizar a fixação imediatamente após a coleta, fato que manterá as características originais das células, preservando-as do dessecação (má-fixação) que impossibilitará a leitura do exame.
<b>21.</b>	<b>FIXAÇÃO a SECO: “SPRAY”</b> (polietilenoglicol) Imediatamente após a coleta aplicar o produto na lâmina, respeitando uma distância de 20 cm (ler orientação do fabricante). A fixação deve ser feita em no máximo 40”. A seguir deixar a lâmina na posição horizontal até o fixador secar por completo.
<b>22.</b>	Fechar o espéculo e retire-o delicadamente, inspecionando a vulva e períneo
<b>23.</b>	Retirar as luvas, auxiliar a usuária a descer da mesa e solicitar que se vista
<b>24.</b>	Avise a usuária que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta
<b>25.</b>	Orientar a usuária para que venha retirar o exame conforme a rotina da sua Unidade de Saúde
<b>26.</b>	Preencha a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições
<b>27.</b>	As lâminas deverão ser acondicionadas em caixas específicas para transportá-las
<b>28.</b>	Anotar a produção. Registrar em prontuário.

## ELETROCARDIOGRAMA

É a transmissão de impulsos cardíacos a uma representação gráfica, que registra a atividade elétrica do coração e identifica alterações.

Responsável: Enfermeiro

1.	Acompanhar a dinâmica da sala.
2.	Atender casos específicos, como urgência.

Execução

Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

1.	Aparelho de ECG
2.	Eletrodos reutilizáveis com ventosas e <i>clamps</i> plásticos reguláveis e, ou eletrodos descartáveis
3.	Papel toalha, papel lençol e gaze
4.	Material para tricotomia (aparelho de barbear)
5.	Papel registro

Descrição

*(IMPORTANTE: ler as orientações do fabricante do aparelho antes de utilizá-lo)*

1.	Certificar-se de que o aparelho está ligado na tomada na voltagem indicada e, se está ligado o fio terra
2.	Ligar o aparelho e ajustar conforme instruções de funcionamento do mesmo, afixada na sala
3.	Receber o usuário na sala, anotar nome e data de nascimento
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 semisentada.  Orientar o usuário a retirar as vestimentas da parte superior e inferior (expor o tórax), ambos os tornozelos e pulsos para a colocação dos eletrodos. Cubra com o papel lençol até que sejam aplicadas as derivações;

<b>6.</b>	Realizar quando necessário, a tricotomia nas áreas com maior concentração de pelos.
<b>7.</b>	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.
<b>8.</b>	Colocar os <i>clamps</i> na face ventral ou face medial dos pulsos e na face ventral ou medial das pernas (cuidado com proeminências ósseas) e eletrodos no tórax. <b>V1:</b> Quarto espaço intercostal na borda esternal direita <b>V2:</b> Quarto espaço intercostal na borda esternal esquerda <b>V3:</b> metade da distância entre V2 e V4 <b>V4:</b> Quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular <b>V5:</b> Quinto espaço intercostal na linha axilar anterior (1/2 a distância entre V4 e V6) <b>V6:</b> Quinto espaço intercostal na linha média, nivelado com V4
<b>9.</b>	Observar se o aparelho automático está captando os sinais de todas as derivações.
<b>10.</b>	Observe se caso alguma das derivações não esteja corretamente representada ou apareçam artefatos, neste caso reposicione-se, coloque o fio terra em outro local e recomece.
<b>11.</b>	Salvar e/ou Imprimir.
<b>12.</b>	Se o usuário estiver usando marca-passo, anote a presença do mesmo.
<b>13.</b>	Encaminhar laudo para avaliação médica.

#### Manutenção e Observações necessárias

<b>1.</b>	Uma vez por semana lavar os eletrodos utilizando-se água e sabão neutro com uma escova.
<b>2.</b>	Com a utilização contínua os eletrodos tendem a escurecer. Não utilize abrasivos ou objetos pontiagudos para limpá-los.
<b>3.</b>	Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores.



<b>4.</b>	Quando o equipamento não estiver sendo utilizado, mantenha-o coberto, evitando acúmulo de poeira em seu interior.
<b>5.</b>	Se o equipamento for ficar inativo por um período superior a 30 dias, retirar as pilhas ou baterias.

Obs.: Não utilize produtos químicos como derivados da benzina para limpar os acessórios.

## **TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL**

### **REPOSIÇÃO DE LÍQUIDOS E ELETRÓLITOS**

Essa terapêutica tem por objetivo corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação, previne a desidratação e os seus agravos.

É realizada com sais de reidratação oral (SRO), comercializado e disponibilizado pela rede.

<b>Avaliação</b>	<b>Déficit de Líquidos</b>	<b>Excesso de Líquidos</b>
Peso	Perda de peso >900 g/24h	Aumento de peso >900g 24h
Pressão sanguínea	Baixa	Alta
Temperatura	Elevada	Normal
Pulso	Rápido, fraco, sem vigor	Pleno, forte
Respirações	Rápidas, superficiais	Úmidas, difíceis
Urina	Escassa, amarelo-escuro	Amarelo-claro
Fezes	Secas, pequeno volume	Volumosas
Pele	Quente, avermelhada, seca, Turgor diminuído	Fria, pálida, úmida, edema depressivo
Mucosas	Secas, pegajosas	Úmidas
Olhos	Fundos	Edemaciados
Pulmões	Limpos	Com sons aquosos e estridentes
Ato respiratório	Sem esforços	Dispnéia, ortopnéia
Energia	Fraca	Fadiga fácil
Veias jugulares do pescoço	Achatadas	Distendidas
Cognição	Reduzida	Reduzida
Consciência	Adormecida	Ansiosa

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

### Desequilíbrio Hidroeletrólítico pela diarreia

A diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria).

É denominado diarreia quando na ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. No caso de fezes líquidas esta é denominada diarreia aguda, com aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes há a perda de água e eletrólitos podendo causar desidratação que, conseqüentemente, contribui para a desnutrição.

A morte de uma criança com diarreia aguda se deve geralmente à desidratação.

A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas. Caso a diarreia dure 14 dias ou mais, é denominada diarreia persistente.

As crianças com desidratação leve ou moderada devem receber TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL - TRO na Unidade de Saúde.

Atentar aos seguintes sinais:

1.	Febre
2.	Vômitos intensos
3.	Prega cutânea
4.	Depressão da fontanela
5.	Dificuldade em urinar
6.	Olhos encovados e sem lágrimas
7.	Bebe avidamente (este é outro sinal muito importante)
8.	Irritabilidade ou Inquietude.

Vantagens da hidratação oral:

1.	Mais segura
2.	Menos dolorosa
3.	De fácil aplicação
4.	É eficaz
5.	Menor custo
6.	Favorece realimentação precoce.

Composição e função dos componentes do SRO:

1.	Eletrólitos (cloreto de sódio e cloreto de potássio) -> Corrigem a volemia e as alterações eletrolíticas
2.	Glicose: Favorece a absorção dos eletrólitos.

Responsável – Enfermeiro

1.	Rescrever cuidados de enfermagem - sistematizar o cuidado
2.	Encaminhar para consulta médica (quando necessário)
3.	Realizar consulta de enfermagem.

Execução

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO
2.	Água filtrada ou fervida (fria)
3.	Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)
4.	Copo descartável
5.	Colher de plástico cabo longo

Descrição

1.	Pesar a criança no início da TRO e a cada hora
2.	Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água
3.	Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme Manual de Atenção à Saúde da Criança
4.	A solução SRO deve ser oferecida em curtos intervalos, usando copo, colher ou seringa plástica, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar. <i>Obs.: O uso de mamadeiras associa-se com maior risco de vômitos.</i>
5.	Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente
6.	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);
7.	Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação ( <b>enfermeiro</b> )
8.	Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível ( <b>enfermeiro</b> )
9.	<b>Registro:</b> Anotar o procedimento e a evolução no prontuário <b>Alta:</b> Pós-avaliação médica. <i>O enfermeiro só poderá dar alta nos casos leves</i>
10.	<b>Observação:</b> 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 (Vômito /diarreia), solicitar a avaliação médica.

## INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO

Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração e manter a permeabilidade da via aérea.

A administração de drogas diretamente ao trato respiratório em forma de aerossol ou vapor é denominada inaloterapia. O tratamento das doenças respiratórias, principalmente em crianças, utiliza vários tipos de medicamentos via inalatória.

A principal vantagem da inaloterapia é que se alia a utilização de baixas doses de medicamentos (geralmente em microdosagens) com penetração ativa, boa concentração pulmonar da droga e poucos efeitos adversos sistêmicos.

EX.: Soro fisiológico, broncodilatadores de curta e longa duração, corticosteroides, antibióticos (tobramicina, colimicina) e mucolíticos.

*Fonte: Clark AR. Medical aerosol inhalers: past, present and future. Aerosol Sci Technol 1995;22:374-91.*

Responsável: Enfermeiro

1.	Avaliação das intercorrências
----	-------------------------------

Execução:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Conjuntos de inaladores limpos e desinfetados
2.	Recipientes (preferencialmente com cores diferentes) com tampa para acondicionar inaladores e extensores contaminados, limpos e desinfetados
3.	Solução desinfetante (ácido peracético ou hipoclorito de sódio 1,0%)
4.	Tubo extensor
5.	Fluxômetro
6.	Fonte de ar comprimido ou O <sub>2</sub> (seguir prescrição)
7.	Seringa descartável de 10 ml
8.	Agulha 40x12
9.	Ampola ou frasco de SF 0,9% ou água destilada
10.	Medicamento prescrito (se houver)
11.	Toalha descartável
12.	Sabão líquido

<b>13.</b>	Caixa de coleta para material perfurocortante.
------------	--

#### Procedimento – Inalação

Higienizar as mãos;
Preparar o material;
Preparar a solução inalatória conforme prescrição médica ou do enfermeiro;
Orientar o usuário sobre o procedimento;
Conectar o copo do inalador ao tubo extensor (chicote) e ligar o fluxômetro;
Abrir o fluxômetro e regular a quantidade ar comprimido ou oxigênio de acordo com a prescrição;
Orientar usuário ou responsável quanto à posição para segurar o inalador;
Desconectar o copo do inalador do tubo extensor (chicote) após o termino da solução;
Antes de desligar o fluxômetro, passar um fluxo de ar no interior do tubo extensor, para garantir que o mesmo se mantenha seco até o próximo procedimento.
Registrar o procedimento; (instrumento de produção e prontuário do usuário)
Realizar o processamento das máscaras de Inalação = <b>A-</b> Desmontar os Inaladores; <b>B-</b> Realizar a limpeza do extensor com Incidim diariamente e processá-lo semanalmente; <b>C-</b> Proteger o bico conector do extensor.

<p>Considerações:</p> <p>O uso de inalação pode ser feito com oxigênio ou ar comprimido, sendo este último mais indicado para usuários portadores de DPOC que fazem retenção de CO<sub>2</sub>;</p> <p>Deve-se fazer a inalação com o usuário sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.</p>
<p>Observações Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizar ampolas (10 ml) ou frascos (100 ou 250ml) da solução inalatória (soro fisiológico ou água destilada), com volume compatível com a quantidade de inalações realizadas por dia.</li> </ul>

- ✓ Os frascos em uso devem estar identificados e com a abertura protegida. Devem ser desprezados ao final do período.
- ✓ Os inaladores devem ser desmontados antes do processo de limpeza e desinfecção.
- ✓ A desinfecção NÃO pode ser realizada na sala de Inalação – utilizar sala de expurgo. Organizar horários para a limpeza de instrumental odontológico e a desinfecção dos inaladores separadamente.
- ✓ Utilizar detergente neutro líquido ou detergente enzimático.
- ✓ Utilizar escova/ esponja apropriada para a limpeza mecânica dos inaladores ou ainda escova dental com cerdas macias.
- ✓ Os inaladores devem ser colocados todos de uma só vez no recipiente de solução para a limpeza e desinfecção para que se faça um controle do tempo de exposição (etiquetar)
- ✓ Os inaladores NÃO PODEM permanecer imersos de um dia para o outro, em nenhuma solução (enzimático ou desinfetante).
- ✓ Após enxágüe e secagem, o material deve ser armazenado com identificação e data (de preferência individualmente).
- ✓ As caixas plásticas ou baldes plásticos com tampa de solução enzimática e de solução desinfetante de hipoclorito de sódio 1% devem ser higienizados diariamente.
- ✓ A caixa plástica ou balde plástico com tampa, da solução de Ácido Peracético, deverá ser higienizado ao término do tempo de validade da solução.
- ✓ Higienizar a caixa plástica com tampa onde são estocados os inaladores, no mínimo uma vez por semana.
- ✓ Ler o rótulo e as orientações de uso, de todas as soluções antes de usá-las.



## **MENSURAR – AFERIR – VERIFICAR**

### **Peso**

A antropometria não é apenas um método de obtenção das medidas corporais de indivíduos, mas é um olhar atento para o estado nutricional, permitindo uma ação precoce, quando constatada alguma alteração.

São medidas que irão subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde tanto individual quanto coletiva.

Denominações mais utilizadas nas mensurações para crianças menores de 2 anos: Peso e Comprimento.

Denominações mais utilizadas nas mensurações para crianças maiores de 2 anos, adultos e pessoa idosa: Peso, Altura e Estatura.

Responsável: Enfermeiro

1.	Realizar educação em serviço periodicamente ou quando necessário
2.	Certificar do quantitativo necessário de balanças infantil e adulto, fitas métricas, régua antropométrica.

Execução:

Enfermeiros, Médicos, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Balança Infantil – mecânica ou eletrônica
2.	Balança de Adulto com régua antropométrica vertical acoplada
3.	Fita métrica, ou régua antropométrica horizontal para crianças de 0 a 2 anos (Toesa), recomenda-se o uso de fita métrica inelástica, que apresenta uma maior durabilidade. Antropômetro vertical deve: estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

### Importante

<b>1.</b>	Aferir periodicamente as balanças
<b>2.</b>	Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme.

### Procedimento

<b>1.</b>	INFANTIL < DE 1 ANO = prato da balança deve ser forrado com uma proteção (papel descartável ou fralda de pano) antes da calibragem, para evitar erros na pesagem
<b>2.</b>	Para balança mecânica->Destravar a balança; verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Não estando calibrada, gire lentamente o calibrador, observe a nivelção da agulha.
<b>3.</b>	Assim que calibrada, trave a balança
<b>4.</b>	Verifique o ambiente (Observe correntes de ar) para pedir à mãe despir a criança (inclusive calçado). Em Adolescentes/Adultos/P. Idosa, devem ter o menor peso possível de roupas e acessórios
<b>5.</b>	Coloque a criança deitada, ou sentada na balança (atentar para sua segurança)
<b>6.</b>	Ajude os Adolescentes/Adultos/P. Idosa a subir na balança (devidamente forrada e pés descalços)
<b>7.</b>	Realizar a leitura
<b>8.</b>	Travar a balança, evitando desgaste da mola (para manter o bom funcionamento do aparelho)
<b>9.</b>	Retirar a criança da balança ou, auxiliar a descida do Adolescentes/Adultos/P. Idosa da balança
<b>10.</b>	Retornar os cursores ao zero na escala numérica
<b>11.</b>	Anotar o peso no cartão da criança ou, prontuário (no caso de adolescente/adulto/P. Idosa)
<b>12.</b>	Comunique o peso para o usuário ou acompanhante e deixe a balança, pronta para a próxima pesagem

## Estatura

### Procedimento

1.	Deitar a criança (maca com lençol descartável) no centro do antropômetro/toesa descalça e com a cabeça livre de adereços, se for necessário pedir auxílio para a mãe ou, acompanhante, para manter a criança na posição a ser descrita, até realizar a leitura.
2.	Manter a cabeça apoiada firmemente na parte fixa do equipamento = Pescoço reto; Queixo afastado do peito; Ombros totalmente em contato com a superfície onde está apoiado o antropômetro/toesa; Pressionar levemente (com cuidado) os joelhos para baixo (neste momento use uma das mãos); Juntar os pés da criança de forma que as pernas e os pés formem um ângulo reto; Levar a parte móvel do antropômetro/toesa para junto à planta dos pés.
3.	Realizar a leitura (quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição)
4.	Retirar a criança da posição tomando cuidado com o antropômetro
5.	Marcar a estatura no Cartão da Criança ou, prontuário
6.	Para a antropômetro vertical CRIANÇA/ADOLESCENTE/ADULTO/PESSOA IDOSA o antropômetro deve estar posicionado numa distância correta do chão, para garantir uma leitura correta da estatura
7.	Posicionar a criança/adolescente/adulto descalço no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços; ele deve se manter em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
8.	Posicionar a criança/adolescente/adulto descalço no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços; ele deve se manter em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
9.	Os ombros, calcanhares e nádegas devem ficar em contato com o antropômetro/parede.
10.	Os calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos com os pés juntos, que mostram um ângulo reto com as pernas.

11.	Suspender a escala métrica, fazendo com que a haste repouse sobre a cabeça do usuário.
12.	Manter o usuário em posição ereta, com a cabeça em posição anatômica, com os pés juntos, encostados na escala métrica
13.	Travar a haste
14.	Auxiliar o usuário a descer da balança
15.	Realizar a leitura
16.	Destruvar e descer a haste
17.	Anotar o peso no cartão da criança ou prontuário (criança/adolescente/adulto/P. Idosa)
18.	Comunique a estatura ao usuário ou acompanhante

## Perímetro Cefálico

### Procedimento

Responsável: Enfermeiros, Médicos, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

<b>1.</b>	Realizar durante a Consulta de Enfermagem.
<b>2.</b>	Nos primeiros meses de vida é mais fácil identificarmos uma anomalia cerebral pelo perímetro cefálico do que pelas provas de desenvolvimento.

Execução do procedimento: Enfermeiros, Médicos, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

### Materiais

<b>1.</b>	Fita métrica
-----------	--------------

### Procedimento

<b>1.</b>	Criança em decúbito dorsal
<b>2.</b>	Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima
<b>3.</b>	Não incluir pavilhão auricular
<b>4.</b>	Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior
<b>5.</b>	Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (podendo ser utilizado gráficos)
<b>6.</b>	Compare o tamanho da cabeça da criança com o esperado para a idade.

## **CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL**

A circunferência abdominal é medida na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, com o paciente em posição ereta.

Procedimento

Responsável: Enfermeiros, Médicos, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

<b>1.</b>	Fita Métrica (não extensível/inelástica).
-----------	---

Procedimento

<b>1.</b>	Solicitar a pessoa que fique em pé com os braços relaxados ao lado do corpo, os pés juntos e a região abdominal também relaxada e livre de roupas
<b>2.</b>	O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura
<b>3.</b>	Localizar a última costela solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos
<b>4.</b>	Localizar a crista ilíaca apalpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada
<b>5.</b>	Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido
<b>6.</b>	Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita
<b>7.</b>	Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão
<b>8.</b>	Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugam a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos
<b>9.</b>	Realizar a leitura no final da expiração
<b>10.</b>	Registrar o valor obtido no prontuário.

## TEMPERATURA CORPORAL

O ser humano é um ser homeotérmico, isto é, possui a capacidade de manter a temperatura corporal dentro de um certo intervalo pré-determinado apesar das variações térmicas do meio ambiente.

Temperatura de equilíbrio: 36,4°C (axilar).

O equilíbrio térmico é conseguido através do balanço entre a perda e a produção ou aquisição de calor. A quantidade de calor produzida é diretamente proporcional à taxa de metabolismo corporal.

Variações da Temperatura	
Hipotermia	Abaixo de 35,5° C
Temperatura Normal	35,5° a 37,2° C
Sub Febril	37,3° a 37,7° C
Febre	>= a 37,8°C

**HIPERTERMIA** - Temperatura interna elevada do corpo

PODE APRESENTAR: pele rosada, inquietação, irritabilidade, sonolência, pouco apetite, olhos vidrados, sensibilidade à luz, aumento da transpiração, dor de cabeça, pulso e frequência respiratória acima do normal:

Quando muito Alta: Convulsões e Desorientações;

Em Crianças: Convulsões.

**HIPOTERMIA** – Temperatura interna abaixo do normal

- ✓ 35,4° a 34° C - moderadamente abaixo do normal
- ✓ 33,8° a 30,0° C - gravemente hipotérmico
- ✓ Tremores, pele pálida e fria, prejuízo da coordenação muscular, apatia, pulso e frequência respiratória abaixo do normal, ritmo cardíaco irregular, redução da capacidade de pensar e de sentir dor
- ✓ Causas: geralmente pelo hipotireoidismo e a inanição
- ✓ Exposição ao frio excessivo ou à água gelada -> *pode causar morte.*

- ✓ Local de maior acessibilidade;
- ✓ Seguro para uso;
- ✓ Requer um tempo maior de exposição, dependendo do tipo de termômetro;
- ✓ Apresenta menor possibilidade de contaminação.

Responsabilidade: Enfermagem

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

<b>1.</b>	Termômetro digital
<b>2.</b>	Realizar assepsia com Incidin

#### DESCRIÇÃO - TERMÔMETRO - TEMPERATURA AXILAR

<b>1.</b>	Colocar o usuário em decúbito dorsal ou sentado
<b>2.</b>	Explicar o cuidado que lhe será prestado e orientá-lo quanto ao movimento de abdução do braço direito até um ângulo de 35°C
<b>3.</b>	Afastar a roupa do usuário para expor totalmente a axila
<b>4.</b>	Secar com lenço a axila do usuário, realizar movimentos de absorção
<b>5.</b>	Pegar o termômetro e posicioná-lo paralelamente à parede medial da axila do usuário
<b>6.</b>	Encostar sua extremidade no ápice da axila
<b>7.</b>	Girá-lo, posicionando-o perpendicularmente à parede medial
<b>8.</b>	Solicitar ao usuário que faça adução do braço para fechar a cavidade axilar
<b>9.</b>	Flexionar o antebraço e apoiá-lo sobre o tórax
<b>10.</b>	Soltar e marcar o tempo
<b>11.</b>	Aguardar o toque sonoro do termômetro
<b>12.</b>	Realizar leitura
<b>13.</b>	Pedir ao usuário para estender o antebraço e fazer abdução do braço



<b>14.</b>	Retirar o termômetro
<b>15.</b>	Anotar no prontuário
<b>16.</b>	Comunique a temperatura ao usuário ou acompanhante
<b>17.</b>	Realize encaminhamento ou orientações necessárias.

A pressão arterial é a força exercida pelo coração (por meio do bombeamento) fazendo com que sangue circule pelas artérias chegando a todos os tecidos

A pressão arterial elevada é uma condição geralmente silenciosa, não apresenta manifestações clínicas específicas até que os órgãos alvo sejam afetados.

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Hipertensão</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Sexo masculino</li> <li>• História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens &lt;55 anos e mulheres &lt;65 anos)</li> <li>• Idade &gt;65 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</li> <li>• Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio</li> <li>• Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)</li> <li>• Ataque isquêmico transitório (AIT)</li> <li>• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Retinopatia</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Estenose de carótida sintomática</li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>

## CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS MAIORES DE 18 ANOS

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Rastreamento

<b>1.</b>	Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada.
<b>1.1</b>	A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor.
<b>1.2</b>	O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.
<b>1.3</b>	O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 200/100 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.
<b>2.0</b>	De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:
<b>2.1</b>	A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006);
<b>2.2</b>	A cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);
<b>2.3</b>	Em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).

## AFERIR A PRESSÃO ARTERIAL

RESPONSÁVEL: ENFERMEIRO

1.	Realizar educação em serviço e supervisão neste procedimento com frequência.
2.	Participar de ações em saúde de caráter coletivo junto aos usuários hipertensos.

Execução: Enfermeiros, Médicos, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1.	Esfigmomanômetro -> manguito de tamanho adequado ao braço do usuário - com aferidor. Este não deve passar de 2/3 da circunferência do braço
2.	Estetoscópio
3.	Material para anotação.

Procedimento

1.	Recomendações:
1.1	Repouso de pelo menos 5 minutos em lugar calmo
1.2	Esvaziar a bexiga
1.3	Não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição
1.4	Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição
1.5	Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição
1.6	Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
2.	Descubra o braço de modo a facilitar a colocação do esfigmomanômetro e a percepção do som pelo estetoscópio Não colocar o manguito sobre o vestuário do usuário.
3.	Colocar o braço na altura do coração (no ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

4.	Localizar a artéria braquial (na fossa ante cubital) no ponto interno da área do cotovelo.
5.	Fixar o esfigmomanômetro (manguito de tamanho adequado ao braço do usuário - com aferidor) a 2 1/2 cm da prega cubital, atente ao tamanho adequado do manguito.
6.	Verifique o pulso radial -> <i>será guia para insuflar o manguito</i>
7.	Coloque a campânula (o diafragma) do estetoscópio sobre a artéria braquial
8.	Observar o mostrador do manômetro
9.	Trave a válvula de rosca da pera, insufla lentamente até 180 mmHg.
10.	Desaperte lentamente a válvula de rosca da pera, (Observe o ponto de velocidade (lento) que permita observar o movimento do ponteiro do manômetro) *
11.	Ao liberar a pressão do manguito, após um período de silêncio ocorrerá o som inicial, (primeiro som, seguido de batidas regulares ->é o pico da pressão arterial durante a contração sanguínea ( <b>sístole</b> ))
12.	Seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação acompanhe o ponteiro e após 10 a 20 mm Hg do último som auscultado solte o ar rapidamente. Registre a última fração numérica ( <b>diástole</b> )
13.	Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do usuário, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida Anote no prontuário e cartão de acompanhamento do programa da unidade (se o mesmo tiver)
14.	Realize educação em saúde
15.	O usuário deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial
16.	Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons, anotar valores da sistólica/zero
17.	Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas
18.	Seguir o fluxo de acompanhamento

\*Ao desapertar lentamente a válvula de rosca da pera, se imediatamente ouvir o som do batimento cardíaco, desinsuflar lentamente até o ponto zero. Preparar o usuário no que for necessário, iniciar novamente o procedimento, insuflando, desta vez, até 200 mmhg.

## **FREQUÊNCIA CARDÍACA**

A frequência cardíaca é geralmente contada no pulso, comprimindo-se levemente a artéria radial com a ponta dos dedos.

<b>FREQUÊNCIAS NORMAIS DE PULSAÇÃO POR MINUTO</b>		
<b>IDADE</b>	<b>Varição Aproximação</b>	<b>Média Aproximada</b>
<b>RN</b>	<b>120-160</b>	<b>140</b>
<b>1-12m</b>	<b>80-140</b>	<b>120</b>
<b>1-2a</b>	<b>80-130</b>	<b>110</b>
<b>3-6a</b>	<b>75-120</b>	<b>100</b>
<b>7-12a</b>	<b>75-110</b>	<b>95</b>
<b>Adolescente</b>	<b>60-100</b>	<b>80</b>
<b>Adulto/ Idoso</b>	<b>60-100</b>	<b>80</b>

### Terminologia Básica

- ✓ Acelerado: Pulso acima da faixa normal;
- ✓ Frequência cardíaca baixa: Pulso abaixo da faixa normal;
- ✓ Enchimento arterial adequado: Indica volume do pulso periférico.

## FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Troca de OXIGÊNIO e DIÓXIDO DE CARBONO = Quantidade de ventilação que ocorre em um minuto.

Entre as membranas alveolares e capilares = **respiração externa**

Entre o sangue e as células do organismo = **respiração interna**

FR - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
FAIXA ETÁRIA	FR (insp/min)
RN	40 a 60
lactente	30 a 40
criança	20 a 25
Adultos	14 a 20
<i>Fonte: Adaptado Carmagnani, M.I.S. 2009</i>	

**Execução:** Enfermeiros, Médicos, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Através dessa técnica pode-se avaliar a respiração de forma quantitativa e qualitativa. É importante, além de contar o número de movimentos respiratórios por minuto, avaliar se o usuário apresenta algum tipo de dificuldade para executá-lo.

### Terminologia Básica

Taquipneia ou polipneia:	Aumento da respiração acima do normal
Bradipneia:	Diminuição do número de movimentos respiratórios
Apneia:	Parada respiratória. Pode ser instantânea ou transitória, prolongada, intermitente ou definitiva
Ortopneia:	Respiração facilitada em posição vertical
Respiração ruidosa, estertorosa:	Respiração com ruídos semelhantes a "cachoeira"
Respiração laboriosa:	Respiração difícil envolve músculos acessórios
Respiração sibilante:	Com sons que se assemelham a assovios



Respiração de Cheyne-Stokes:	Respiração em ciclos, que aumenta e diminui, com períodos de apnéia
Respiração de Kussmaul:	Inspiração profunda, seguida de apneia e expiração suspirante - característica de acidose metabólica (diabética) e coma
Dispneia:	Dificuldade respiratória ou falta de ar.

## TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

MEDICAMENTO É TODA SUBSTÂNCIA QUE INTRODUZIDA NO ORGANISMO VAI ATENDER A UMA FINALIDADE TERAPÊUTICA.

A enfermagem deve organizar a sala onde ocorre o preparo e a administração de medicamentos sempre em ambiente arejado, iluminado, bancadas/pias limpas, armários com materiais e insumos identificados, caixa para coleta de material perfurocortante, sabão, luvas, bem como a manutenção dos dispensadores de produtos de uso rotineiro. Também se deve atentar à rotina de limpeza concorrente e terminal, além das demais rotinas estabelecidas pela unidade.

## TIPOS DE APRESENTAÇÃO:

Solução oral, Comprimidos, Cápsula, Pastilha, Drágea, produto liofilizado para reconstituição, Gotas, Xarope, Suspensão, Ampola, Frasco-ampola.



### Cuidados Gerais

<b>1.</b>	Durante o processo de preparação de medicamentos, manter-se em silêncio.
<b>2.</b>	Se não conhecer o medicamento, deve-se ler a bula.
<b>3.</b>	Preparar o medicamento a ser administrado sempre com a prescrição (médica/enfermeiro) ao alcance dos olhos.
<b>4.</b>	É importante realizar a leitura do rótulo do medicamento – (certificar quantas vezes for necessário para maior segurança do tratamento).
<b>5.</b>	Consulte a prescrição (médica/enfermeiro) a cada uma das etapas abaixo relacionadas: ao receber o usuário; Ao colocar o medicamento no recipiente para administrar; Ao administrar o medicamento.
<b>6.</b>	Esclarecer ao usuário qualquer dúvida existente antes de administrar o medicamento.
<b>7.</b>	Realizar a administração do medicamento observando a reação do usuário durante e após o procedimento. Em caso de reação interromper o procedimento e comunicar o enfermeiro/médico.
<b>8.</b>	Após a administração do medicamento, deve-se registrar no prontuário, colocar data e horário da administração, além do carimbo e assinatura do profissional responsável.

É a forma de administração de fármacos por ingestão oral, da mesma forma que ocorre com os alimentos.

A maioria das drogas de administração oral é feita para serem ativadas no estômago e absorvidas através da mucosa gástrica.

Algumas vantagens:

- Autoingestão, a terapêutica depende do próprio usuário ou é Observada pelo cuidador
- Reversão da administração (possibilidade)
- Indolor (geralmente).

Responsável: Enfermagem

Execução: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Materiais

1.	Dosador em ml
2.	Recipiente descartável para colocar o medicamento (copo)

Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Ler a prescrição
3.	Conferir a medicação
4.	Preparo: Solução oral, xarope, suspensão ->Diluir, agitar se necessário-> seguir a orientação da bula. No caso de solução, as doses costumam ser estipuladas em mililitros (ml). Quando se administra um produto líquido, deve-se verter o produto em recipiente graduado ou uma colher dosadora, de modo a comprovar se que a dose é a correta. Em caso de lactentes, pode-se facilitar a administração através da utilização de uma seringa descartável;

	<p>Drágea ou Comprimido -&gt; abrir cartela, frasco, retirar a quantidade necessária e colocar em recipiente descartável sem tocar com as mãos.</p> <p>Caso a pessoa tenha dificuldade em engolir uma forma sólida, como acontece com muitos idosos, deve-se colocar o medicamento na parte posterior da língua, com o intuito de se estimular melhor o reflexo de deglutição;</p> <p>Gotas -&gt; abrir o frasco, observar a forma de contagem das gotas oferecida pelo fabricante;</p> <p>Pastilhas -&gt; comprimidos para mastigar-&gt; são formas sólidas destinadas a se dissolverem lentamente na boca, constituída por grande quantidade de açúcar e mucilagens associadas a princípios medicamentosos.</p>
5.	Orientar e assistir o usuário receber e deglutir a medicação -> oferecer água para auxiliar a deglutição
6.	Deixar o ambiente em ordem
7.	Higienizar as mãos
8.	Observar (dependendo da medicação) possíveis reações, queixas, bem como se o efeito foi o desejado
9.	Registrar em prontuário a administração do medicamento (checar prescrição), datar, colocar horário, assinar e carimbar.

### Medicação Sublingual

Via de administração de medicamentos, que consiste na absorção de fármacos por debaixo da língua. As mucosas situadas debaixo da região sublingual são altamente vascularizadas pelos capilares sanguíneos sublinguais, motivo pelo qual a absorção de fármacos é altamente eficaz.

Responsável: Enfermagem

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## MATERIAIS

1.	Comprimido de formas sólidas destinadas a se dissolverem lentamente na boca
2.	Recipiente descartável para colocar o medicamento (copo).

## Descrição

1.	Higienizar as mãos
2.	Ler a prescrição
3.	Conferir a medicação
4.	Preparo: Comprimido -> abrir cartela/frasco, retirar a quantidade necessária e colocar em recipiente descartável sem tocar com as mãos-> orientar o procedimento e oferecer o medicamento ao usuário. Caso o usuário tenha dificuldade em colocar o medicamento embaixo da língua, auxiliá-lo com as mãos enluvadas.
5.	Higienizar as mãos
6.	Deixar o ambiente em ordem
7.	Observar possíveis reações, queixas, e se o efeito correspondeu ao desejado
8.	Registrar em prontuário a administração do medicamento (checar prescrição) datar, colocar horário, assinar e carimbar.



## MEDICAÇÃO VIA RETAL

Via de administração de medicamentos, que consiste na absorção de fármacos pela mucosa anal. É indicada quando há a intolerância do usuário ao fármaco por via oral ou por outras impossibilidades (sondagem oral, presença de ferimentos na boca, etc.).

A medicação é formulada na forma de supositório e ou enema retal e aplicada no esfíncter anal interno ou reto.

Responsável: Enfermagem

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

### Materiais

1.	Bandeja de inox
2.	Medicação a ser administrada: Supositórios - são preparações farmacêuticas sólidas, que se fundem pelo calor natural do corpo, para ser introduzidas no reto, gerando amolecimento ou dissolução do fármaco. O excipiente mais usado é a manteiga de cacau (lipossolúvel) junto com a glicerina gelatinada (hidrossolúvel).
3.	Luvas para procedimentos
4.	Gazes
5.	Biombo.

### Descrição

1.	Levar o usuário a uma sala privativa e apropriada, contendo maca fixa e biombo
2.	Orientar o usuário e ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado
3.	Preparar o ambiente solicitando a saída do acompanhante, posicionar o biombo e garantir a privacidade do usuário
4.	Higienizar as mãos e colocar as luvas
5.	Ler a prescrição
6.	Conferir a medicação

<b>7.</b>	Posicionar o usuário em decúbito lateral com a perna superior em abdução – posição de Sims
<b>8.</b>	Remover o supositório do invólucro com uma gaze (se a ponta do supositório estiver pontiaguda, esfregar levemente com uma gaze para arredondar)
<b>9.</b>	Afastar as nádegas do usuário com a mão não dominante
<b>10.</b>	Afastar as nádegas do usuário com a mão não dominante
<b>11.</b>	Inserir o supositório no reto segurando com a gaze até que se perceba o fechamento do esfíncter anal.
<b>12.</b>	Retirar as Luvas para procedimento e desprezá-las no lixo.
<b>13.</b>	Higienizar as mãos
<b>14.</b>	Orientar o usuário a comprimir as nádegas por 3 ou 4 minutos e permanecer na mesma posição por 10 a 15 minutos para a diminuição do estímulo de expulsar o medicamento.
<b>15.</b>	Deixar o ambiente em ordem: recolher material, encaminhar para a desinfecção.
<b>16.</b>	Permanecer ao lado do usuário. Observar (dependendo da medicação) possíveis reações, queixas, bem como se o efeito foi o desejado.
<b>17.</b>	Registrar em prontuário a administração do medicamento (checar prescrição) datar, colocar horário, assinar e carimbar.

### **VIA INTRADÉRMICA**

<b>1.</b>	Administrada entre a derme e a epiderme
<b>2.</b>	Absorção do medicamento ocorre lentamente
<b>3.</b>	Locais indicados: face anterior do antebraço e região subescapular
<b>4.</b>	Utilização da via: testes de sensibilidade -> reações de hipersensibilidade, prova tuberculínica e vacina BCG
<b>5.</b>	Quantidade aconselhável: 0,1ml. No caso da BCG e PT a dose preconizada é 0,1ml.



### VIA SUBCUTÂNEA

1.	Administrada entre a pele e o músculo
2.	Absorção do medicamento inicia, geralmente, em ½ hora
3.	Locais indicados: regiões superiores externas do braço, abdome, região anterior e posterior das coxas e as costas
4.	Utilização da via: para administração de insulina, heparina e algumas vacina
5.	Quantidade aconselhável: até 3 ml.

### VIA INTRAMUSCULAR

1.	Administrada na massa muscular
2.	Absorção do medicamento irá depender da sua composição
3.	Locais mais indicados: Deltoide (Apenas para Vacinas); Vasto lateral da coxa; Quadrante superior lateral do glúteo.
4.	Utilização da via: para ação rápida (antitérmico) ou prolongada (penicilina)
5.	Utilização da via: para ação rápida (antitérmico) ou prolongada (penicilina)

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO em Z

Essa técnica de aplicação é indicada para Intramusculares profundas de medicamentos ou drogas irritantes, como o ferro, que podem infiltrar-se nos tecidos subcutâneos e pele, podendo manchá-la ou levando a necrose.

A utilização desta técnica permite, após a retirada da agulha, criar um caminho em zigue-zague, mantendo a medicação no interior do músculo, prevenindo desta forma a infiltração de drogas irritantes nos tecidos adjacentes.

### LOCAL DE APLICAÇÃO:

- Região dorsoglútea
- Quadrante superior externo da região glútea, em direção perpendicular à asa ilíaca

### INDICAÇÕES

- Soluções oleosas e à base de ferro
- Hemofílicos, que haja necessidade extrema de IM (Ex.: Vacina Antitetânica)

Responsável: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

### Descrição

<b>1.</b>	Higienizar as mãos;
<b>2.</b>	Oriente o usuário sobre o procedimento;
<b>3.</b>	Localizar a via de administração;
<b>4.</b>	Avaliar a necessidade de utilização de Luvas para procedimento: usuário (história / reação do paciente);
<b>5.</b>	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool a70% (ou, swab) e deixar secar;
<b>6.</b>	Posicione o lado ulnar da mão não dominante, imediatamente abaixo do local, e estique firmemente para baixo e para o lado o tecido do local onde será injetada a solução. (se for canhoto faça com a mão oposta);
<b>7.</b>	Com a mão dominante introduza a agulha utilizando um angulo de 90°.
<b>8.</b>	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool a70% (ou, swab) e deixar secar;

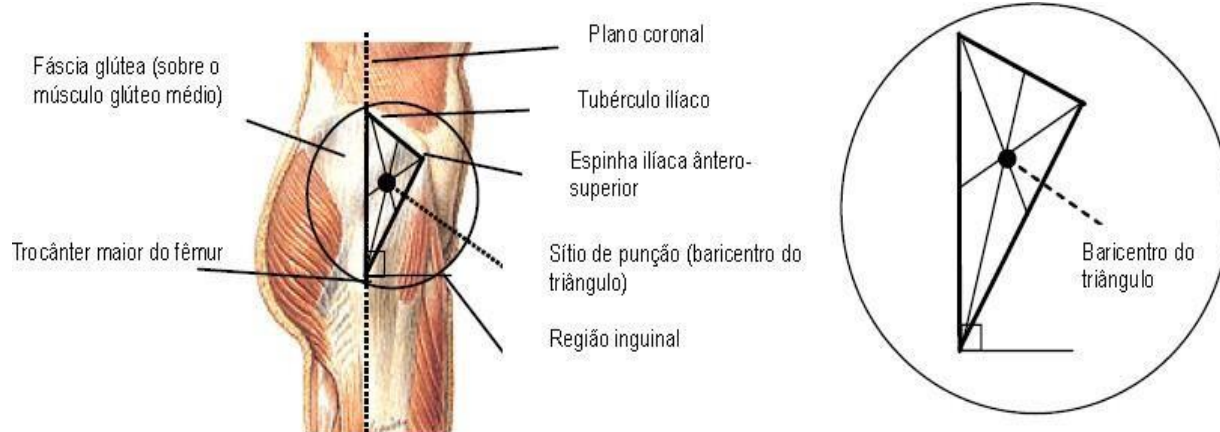
<b>9.</b>	Posicione o lado ulnar da mão não dominante, imediatamente abaixo do local, e estique firmemente para baixo e para o lado o tecido do local onde será injetada a solução. (se for canhoto faça com a mão oposta);
<b>10.</b>	Depois que a agulha perfurar a pele, use o polegar e o dedo indicador da mão não dominante para segurar o corpo da seringa, mantendo sempre a pele esticada até que toda medicação seja injetada;
<b>11.</b>	Puxe o êmbolo discretamente para trás e observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação;
<b>12.</b>	Aguarde aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha, e só então solte a pele;
<b>13.</b>	Oclua com curativo próprio;
<b>14.</b>	Realizar anotação de enfermagem no prontuário;
<b>15.</b>	Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderá ocorrer com a aplicação realizada ao usuário.

## TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO EM REGIÃO VENTROGLÚTEA (VG) OU LOCAL (TÉCNICA) DE HOCHSTETTER

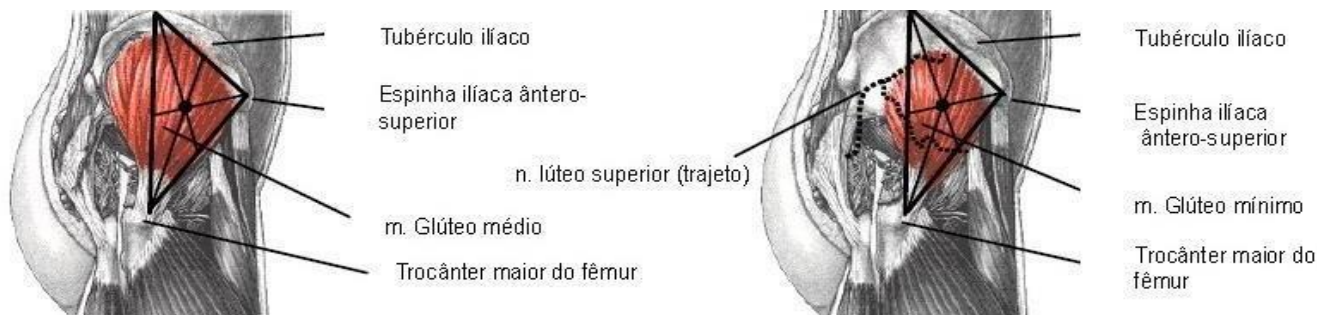
A região VG foi proposta, em 1954, pelo anatomista suíço Von Hochstetter, que junto aos seus colaboradores, realizou profunda investigação anatômica da região glútea, com o objetivo de explicar os vários acidentes decorrentes da aplicação intraglútea. Sob a luz de sua anatomia, procurou uma região mais segura para a aplicação de injeção por via IM. Pormenorizando a região VG, concluiu ser esta a região mais indicada para tais injeções, por suas características peculiares: espessura muscular grande, em média 4 cm na zona central; área livre de estruturas importantes, servida por múltiplos pequenos ramos do feixe vaso-nervoso; região limitada por estruturas ósseas, que a separa das estruturas adjacentes importantes; direção das fibras musculares é tal que previne o “deslizamento” do material injetado para a região do nervo isquiático (ciático) livrando-o de irritação; epiderme pobre em germes patogênicos anaeróbios em relação à região DG, pois é menos passível de ser contaminada com fezes e urina; pode ser aplicada em qualquer decúbito, sem necessidade de movimentar o paciente/ usuário.

*Meneses AS, Marques IR. Proposta de um modelo de delimitação geométrica para a injeção ventro-glútea.*

*Rev Bras Enferm 2007 set-out; 60(5): 552-8.*



**Figura 2. Músculos do quadril (vista lateral) - delimitação do sítio de punção  
- baricentro do triângulo.**



**Figura 3. Músculos do quadril (vista lateral – superficial e profunda) - delimitação do sítio de punção.**

*RevBras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5):552-*

A Figura acima compara a delimitação do sítio de punção em relação à localização dos músculos glúteos, médio e mínimo, demonstrando que o baricentro do triângulo situa-se exatamente onde esses músculos têm seu maior volume e, entre os ramos superior e inferior do nervo glúteo.

### **Descrição**

<b>1.</b>	Higienizar as mãos;
<b>2.</b>	Oriente o usuário sobre o procedimento;
<b>3.</b>	Localizar a via de administração;
<b>4.</b>	Avaliar a necessidade de utilização de Luvas para procedimento: usuário (história / reação do paciente);
<b>5.</b>	Visualizar o local de aplicação;
<b>6.</b>	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool a 70% (ou, swab) e deixar secar;
<b>7.</b>	Delimitar a região de aplicação colocando a mão não dominante no quadril direito, ou esquerdo, do paciente espalmando a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur, localizando a crista ilíaca anteroposterior;
<b>8.</b>	Injetar a agulha no ângulo de 90° no centro da área limitada pelos dedos abertos em “V”. Recomenda-se que a agulha seja dirigida ligeiramente para a crista ilíaca;
<b>9.</b>	Puxe o êmbolo discretamente para trás e observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação;
<b>10.</b>	Oclua com curativo próprio;

<b>11.</b>	Realizar anotação de enfermagem no prontuário;
<b>12.</b>	Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderá ocorrer com a aplicação realizada ao usuário.

### **TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO - ENDOVENOSA / INTRAVENOSA**

<b>1.</b>	Administrada nas veias periféricas ou centrais (diretamente na corrente sanguínea);
<b>2.</b>	Absorção do medicamento é imediata;
<b>3.</b>	Locais indicados: arco venoso dorsal; basílica; cubital mediana; antebraquial mediana e outras. São veias calibrosas facilmente acessíveis;
<b>4.</b>	Utilização da via: para ação rápida em uma emergência, usuários com queimaduras, instalar vias de administração de medicamentos e repor volume dos componentes sanguíneos.
<b>5.</b>	Quantidade aconselhável: Admite infusão de grandes volumes.

#### **Para escolha da veia leve em consideração:**

- ✓ condições da veia
- ✓ Tipo de solução a ser infundida
- ✓ Tempo de infusão
- ✓ Prefira veias calibrosas para administração de fármacos irritantes ou muito viscoso
- ✓ Obs. Se possível -> escolha o membro superior não dominante

**Responsável: Enfermagem**

<b>1.</b>	Receba e acomode o usuário;
<b>2.</b>	Explique o procedimento e confira com o usuário a via e a medicação a ser administrada;
<b>3.</b>	Higienizar as mãos;
<b>4.</b>	Escolha a seringa e agulha conforme a necessidade do medicamento prescrito e via de administração;
<b>5.</b>	Certificar a medicação prescrita;
<b>6.</b>	O medicamento poderá estar em ampola ou frasco ampola;
<b>7.</b>	Realizar desinfecção da ampola ou rolha do frasco ampola;
<b>8.</b>	Abrir o frasco ampola ou ampola com o polegar e os dedos protegidos com algodão ou gaze (evitar acidentes);
<b>9.</b>	Aspirar o medicamento (se for necessário diluir, certificar-se do movimento para homogeneização);
<b>10.</b>	Despreze a ampola ou frasco ampola na caixa de perfurocortante;
<b>11.</b>	Não deixar ar no cilindro / Troque a agulha se necessário/Proteger a agulha s/n;
<b>12.</b>	Preparar psicologicamente o usuário. Ter o cuidado para não expô-lo, utilizar local reservado;
<b>13.</b>	Localizar a via de administração;
<b>14.</b>	Realizar limpeza no local da aplicação com algodão ou gaze com álcool e deixar secar;
<b>15.</b>	Avaliar a necessidade de utilização de Luvas para procedimento: usuário (história / reação do usuário);
<b>16.</b>	Fixar o tecido ->se intramuscular; Forme prega -> se subcutânea; Tracionar -> se intravenosa
<b>17.</b>	Com a mão dominante, puxar o embolo, aspirando (se intramuscular ou subcutânea) para verificar se não lesionou nenhum vaso / injetar o medicamento / colocar curativo pronto ou uma bola de algodão e, se intramuscular, pressionar levemente o local;
<b>18.</b>	Oclua com curativo;
<b>19.</b>	Oriente a não utilizar demasiadamente o membro que recebeu a aplicação (principalmente braços e quando EV);
<b>20.</b>	Realizar anotação de enfermagem no prontuário e na receita (checar prescrição);
<b>21.</b>	Realizar orientação de cuidados ou possíveis eventos que poderão ocorrer com a aplicação.

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

<b>1.</b>	Cadeira
<b>2.</b>	Suporte para o braço
<b>3.</b>	Toalhas de papel
<b>4.</b>	Sabonete líquido
<b>5.</b>	Lixeira com pedal e saco plástico
<b>6.</b>	Balcão com colchonete/ divã
<b>7.</b>	Maca
<b>8.</b>	Lençol descartável
<b>9.</b>	Caixa para perfurocortante
<b>10.</b>	Bandeja Inox
<b>11.</b>	Bolas de algodão (cuba redonda)
<b>12.</b>	Esparadrapo antialérgico
<b>13.</b>	Garrote
<b>14.</b>	Álcool a 70%
<b>15.</b>	Luvas para procedimento
<b>16.</b>	Seringas
<b>17.</b>	Agulhas
<b>18.</b>	Frascos (soluções a serem infundidas)
<b>19.</b>	Ampolas
<b>20.</b>	Curativo pronto para oclusão.



## **CATETERISMO/SONDAGEM**

### **CATETERISMO**

Introdução de um cateter através da uretra até o interior da bexiga com o intuito de esvaziamento vesical, denominada de cateterismo vesical.

Este procedimento é indicado para a obtenção de urina asséptica para exame; descompressão da bexiga em usuários com retenção urinária; monitorizar o débito urinário horário; auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário; em reparos cirúrgicos e mesmo no pós-operatório; em usuários inconscientes; para instilar medicação no interior da bexiga; para determinação da urina residual e nos casos de bexiga neurogênica, por falta de controle esfinteriano adequado, entre outras indicações.

Este procedimento pode ser:

De alívio consiste na introdução de um cateter estéril (cateter de Folley ou sonda Levine) na bexiga, através da uretra, com técnica asséptica. Drenar a urina em pacientes com retenção urinária, coletar urina para exames e instalar medicamentos.

Obs.:

- ✓ Não forçar a passagem do cateter, quando encontrar resistência
- ✓ Pacientes com lesão medular não devem pressionar a barriga na altura da bexiga (pé da barriga) para acelerar o esvaziamento
- ✓ Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar atendimento médico
- ✓ Restrinja a quantidade de líquidos à noite para evitar acúmulo de urina durante o sono;
- ✓

Intermitente, quando há um esvaziamento periódico da bexiga, ou de um reservatório criado cirurgicamente;

Demora, quando há necessidade por período prolongado do esvaziamento vesical, até que o usuário consiga urinar completa e voluntariamente, ou até quando as mensurações precisas sejam necessárias.

Em ambas as situações a enfermagem realiza este procedimento conforme prescrição médica. Esta prescrição deve conter a necessidade e a frequência que deverá ser realizada a troca, em caso de usuário crônico. A solicitação deverá ser acompanhada por um histórico médico, quando na primeira vez na unidade para o referido procedimento. Também pode ser realizado pelo usuário (autocateterismo) mediante treinamento com a equipe de enfermagem.

O caso deve ser acompanhado preferencialmente pelo próprio prescritor, pois a realidade de cada usuário pode mudar mediante as possibilidades de infecção (qualquer alteração o mesmo deve ser contactado - o cateterismo não é um procedimento independente).

Deverá ser aberto um prontuário, se o mesmo não tiver, e seu acompanhamento ser devidamente, registrado através do uso do processo.

As Supervisões Técnicas de cada região deverão orientar o fluxo de encaminhamento, dos usuários para os casos de intercorrências, às respectivas unidades de saúde.

### **INDICAÇÕES DO CATETERISMO VESICAL:**

Considerando que o uso do cateter é o principal fator relacionado à infecção do trato Urinário (ITU), é fundamental o fortalecimento de algumas medidas preventivas, são elas:

1.	Inserir cateteres somente para indicações apropriadas e mantê-los somente o tempo necessário
2.	Quando possível, escolher o procedimento de alívio (intermitente)
3.	Avaliar a possibilidade de métodos alternativos para a drenagem da urina, tais como:
	a) Estimular a micção espontânea através da emissão de som de água corrente
	b) Aplicar bolsa com água morna sobre a região supra púbica
	c) Realizar pressão delicada na região supra púbica
	d) Fornecer comadres e papagaios
	e) Utilizar fraldas
	f) <i>No domicílio:</i> Auxiliar e supervisionar idas ao toalete
	g) <i>No domicílio:</i> Utilizar sistemas não invasivos tipo “condon” em homens.

## CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Responsável: Enfermeiro

<b>1.</b> Realização do procedimento de enfermagem.
---

Execução: Enfermeiro e Médico

Materiais:

<b>1.</b>	Luvas para procedimentos e luvas estéreis, óculos de proteção e máscara;
<b>2.</b>	Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo cuba rim, cuba redonda, bolas de algodão ou gaze, pinça Cherron ou Pean, campo fenestrado;
<b>3.</b>	Cateter vesical 2 vias ( <i>Polivinil ou demora dependendo do caso</i> );
<b>4.</b>	Bolsa coletora sistema fechado;
<b>6.</b>	2 Seringas de 20 ml: 1 para lubrificação e 1 para o balão;
<b>7.</b>	Agulha 40x12mm para aspirar;
<b>8.</b>	Frasco de solução antisséptica e soro fisiológico;
<b>9.</b>	Água destilada;
<b>10.</b>	Geleia lubrificante ou geleia anestésica;
<b>11.</b>	Filme transparente ou micropore;
<b>12.</b>	Saco plástico para lixo (branco);
<b>13.</b>	Lençol descartável;
<b>14.</b>	Biombo, se necessário;
<b>15.</b>	Material para higiene íntima (toalha ou chumaço de gaze, luvas para procedimentos, sabão líquido neutro, jarro com água morna e fralda/comadre se houver);
<b>16.</b>	Ao avaliar a necessidade do uso de geleia anestésica, a mesma poderá ser prescrita pelo enfermeiro.

ASSOCIAÇÃO  
**MAHATMA GANDHI**

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO FEMININO - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA



Prefeitura Municipal de  
**Novo Horizonte**

1.	Higienizar as mãos;
2.	Explicar o procedimento e sua finalidade à usuária;
3.	Promover um ambiente iluminado;
4.	Preservar a privacidade do usuário e se necessário usar biombo;
5.	<b>No domicílio:</b> Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário;
6.	Colocar o usuário em posição ginecológica, protegendo-a com lençol;
7.	Colocar máscara, óculos e calçar as luvas para procedimento;
8.	Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto padronizado para higiene, caso não tenha sido realizada previamente;
9.	Retirar as luvas para procedimento;
10.	Abrir com técnica asséptica, o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea;
11.	Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim;
12.	Colocar antisséptico na cuba redonda;
13.	Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo;
14.	Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira;
15.	Colocar a geleia lubrificante ou geleia anestésica;
16.	Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
17.	Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la sobre o campo;
18.	Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante;
19.	Conectar a extensão do coletor à sonda;
20.	Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia lubrificante ou geleia anestésica. Atentar para a não obstrução dos orifícios e aproximar a cuba rim;
21.	Afastar os grandes lábios com o polegar e o indicador da mão dominante, expondo o vestíbulo vaginal e o meato uretral, permanecendo nesta posição até o final da técnica e com a mão dominante fazer a antissepsia;
22.	Usando bolas de algodão/gaze embebido na solução antisséptica e a pinça Cherron ou Pean (sentido púbis/anus na sequencia: grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo). Usar uma bola de algodão/gaze para cada região e desprezá-la;
23.	Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima;
24.	Afastar com a mão dominante a cuba redonda e a pinça;
25.	Continuar a manter exposto o vestíbulo e, com mão não dominante. Introduzir o cateter, com a mão dominante, mais ou menos de 4cm a 5 cm. Colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a

	urina drenada (refluxo);
26.	Insuflar o balão e tracionar a sonda até encontrar a resistência;
27.	Fixar o cateter na face externa da coxa;
28.	Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies;
29.	Retirar as luvas e recolher o material;
30.	Higienizar as mãos
31.	Fazer o registro no prontuário do usuário e no mapa de produção
32.	Deixar o ambiente e o material em ordem.

<b>Descrição do procedimento MASCULINO – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA</b>	
1.	Higienizar as mãos;
2.	Explicar o procedimento e sua finalidade, ao usuário;
3.	Encaminhar o usuário para higiene íntima, caso seja possível a mesma realizá-la;
4.	Promover um ambiente iluminado;
5.	Preservar a privacidade do usuário e se necessário, usar biombo;
6.	<i>No domicílio:</i> Colocar o saco de lixo próximo ao leito do usuário;
7.	Colocar o usuário em decúbito dorsal e com as pernas afastadas protegendo-o com lençol;
8.	Colocar máscara, óculos e calçar as luvas para procedimento;
9.	Realizar a higiene íntima com água e sabão ou outro produto para higiene, caso não tenha sido realizada previamente;
10.	Retirar as luvas para procedimento;
11.	Abrir com técnica asséptica o pacote do cateterismo sobre o leito, entre as pernas do usuário, em posição diagonal com a ponta próxima à região glútea;
12.	Colocar sobre o campo, as seringas, agulhas e as gazes/bolas de algodão. Abrir o invólucro do cateter vesical, colocando-o na cuba rim;
13.	Colocar antisséptico na cuba redonda;
14.	Abrir a embalagem do coletor, colocando a ponta da extensão sobre o campo;
15.	Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira;
16.	Colocar a geleia lubrificante ou geleia anestésica;
17.	Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
18.	Aspirar a água destilada com a seringa e agulha com auxílio de outra pessoa se necessário, e colocá-la

	sobre o campo;
19.	Testar o balão e válvula do cateter introduzindo a quantidade de água recomendada pelo fabricante;
20.	Conectar a extensão do coletor à sonda;
21.	Lubrificar a sonda em torno de 7cm, com geleia lubrificante ou geleia anestésica e aproximar a cuba rim;
22.	Segurar o pênis com uma gaze, com a mão não dominante, mantendo-o perpendicular ao abdome;
23.	Afastar o prepúcio com o polegar e o indicador da mão, não dominante. Essa mão deve permanecer imóvel no local até o término do procedimento;
24.	Com a pinça montada com a solução antisséptica, fazer a antisepsia obrigatoriamente, do meato uretral para a periferia (trocar as luvas se usar material descartável);
25.	Injetar a geleia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glândula de 30 a 60 segundos, a fim de evitar o refluxo da geleia;
26.	Com a mão dominante, inserir suavemente o cateter até sua bifurcação (18 a 20 cm) com movimentos circulares, mantendo o pênis elevado perpendicularmente, e baixá-lo lentamente facilitando a passagem na uretra bulbar;
27.	Diante de resistência, não tentar inserção forçada do cateter;
28.	Após o retorno da urina, insuflar o balão e tracionar delicadamente, a sonda até encontrar resistência. Observar o retorno da urina;
29.	Remover o excesso de geleia da glândula e recobri-la com o prepúcio, a fim de evitar o edema da mesma;
	Fixar o cateter na parte inferior do abdome com micropore para o lado onde estiver a bolsa coletora, ou na região hipogástrica (profilaxia de fístulas uretrais);
31.	Retirar as luvas e recolher o material; Higienizar as mãos;
32.	É importante, antes de proceder a troca da sonda, investigar junto ao usuário, como foi a última troca ou seja, quais foram as intercorrências;
33.	Fazer o registro no prontuário;
34.	Deixar o ambiente limpo e o material em ordem;
35.	Proceder a limpeza concorrente, caso haja contaminação de superfícies.

Importante:

1.	No cateterismo de alívio;
1.1	Retirar o cateter (terminada a drenagem) e anotar o volume urinário. Colher amostra da urina, se necessário;
2.	No cateterismo de demora;
2.1	Insuflar o balão com água destilada e puxar o cateter até sentir a ancoragem do mesmo, no trigono vesical Conectar o cateter na extensão do sistema coletor e retirar as luvas. Fixar o cateter com uma tira de micropore para de onde estiver está a bolsa coletora (deixar uma folga para a movimentação a fim de evitar tensão no cateter);
2.2	Na troca da sonda de demora, clampar a sonda, em uso, 20 minutos antes de preparar o material para a retirar a mesma;
2.3	No caso de não haver retorno da urina: observar bexigoma.

**Materiais:**

1.	1 seringa de 20 ml;
2.	1 pacote de gazes;
3.	1 par de luvas para procedimentos;
4.	Recipiente para lixo;
5.	Máscara e óculos;

**Técnica para retirada**

1.	Explicar, orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado;
2.	Preparar o material a ser utilizado;
3.	Higienizar as mãos;
4.	Calçar as luvas;
6.	Remover a fita de fixação da sonda, cuidadosamente;
7.	Desinsuflar totalmente, o balão com auxílio da seringa;
8.	Remover lentamente, o cateter;
9.	Realizar higiene íntima;
10.	Organizar o ambiente;
11.	Retirar as luvas e higienizar as mãos;
12.	Registrar todo o procedimento executado, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes;
13.	Desprezar o resíduo em local apropriado.





É uma técnica que retira a urina da bexiga com o auxílio de um cateter (sonda), quando não há eliminação natural da urina em sua totalidade.

Este procedimento permite que o usuário esvazie a bexiga a intervalos regulares, de acordo com a necessidade individual. Esse procedimento pode ser realizado pelo próprio usuário ou por um cuidador.

O Objetivo principal na educação do usuário e cuidador quanto ao autocateterismo é promover a inclusão social, facilitar o manejo das limitações, resgatar a autoestima e a independência.

Responsável: Enfermeiro

1.	Orientar e monitorar a realização correta do procedimento pelo usuário e/ou cuidador.
----	---

Execução do procedimento:

**MATERIAIS:**

1.	Água e sabão neutro;
2.	Cateter uretral plástico (sonda) conforme prescrição médica ou com calibre de acordo com a idade: Crianças: nº 6, 8 ou 10 Adultos: nº 12 ou 14
3.	Geleia anestésica;
4.	Frasco coletor de urina;
5.	Frasco com graduação para medir a urina;
6.	Espelho (caso seja mulher)

### Descrição do procedimento feito pelo próprio usuário

1.	Preparar o material (o cateter, a geleia anestésica e o recipiente para coletar a urina) em um local iluminado e limpo;
2.	Lavar mãos e genitais com sabão neutro
	Escolher um local confortável <b>Homens:</b> deitado, recostado no leito, sentado ou em pé. <b>Mulheres:</b>
3.	Recostada no leito: dobrar as pernas e acomodar o espelho para visualização do meato urinário, OU Sentada ou em pé: apoiando um pé sobre um degrau (cama, escada, vaso sanitário...), acomodar o espelho para visualizar o meato urinário. Obs.: No caso do procedimento ser realizado pelo cuidador, a posição mais confortável é a deitada.
	Lubrificar o cateter. <b>Mulheres:</b> Aplicar uma pequena quantidade de geleia anestésica sobre o cateter e introduzi-lo no meato
4.	urinário até o momento em que a urina comece a drenar. <b>Homens:</b> Devem lubrificar o cateter com a geleia anestésica, segurar o pênis na posição reta e, em seguida, introduzi-lo.
5.	Quando parar de sair urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem para, então, retirá-lo totalmente.
6.	Ao finalizar o procedimento, medir o volume de urina drenado e anotar em ficha controle. Esse controle permitirá que o usuário programe o número de cateterismos necessário durante o dia.
	Para saber qual é a quantidade de cateterismo vesical que deve ser realizado por dia, é necessário medir a quantidade de urina que ficou na bexiga, após a micção espontânea ou tentativa de micção. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: <b>O</b> até 100 ml: nenhum cateterismo <b>BS</b> de 100 a 200 ml: 2 cateterismos ao dia <b>∴</b> de 200 a 300 ml: 3 cateterismos ao dia de 300 a 400 ml: 4 cateterismos ao dia acima de 400ml: 6 cateterismos ao dia

**IMPORTANTE: No Cateterismo Vesical Intermitente**

- ✓ Não é necessário usar luvas ou material antisséptico.
- ✓ Não usar vaselina como lubrificante do cateter, porque pode levar à formação de cálculos na bexiga.
- ✓ O uso de geleia anestésica é dispensável nas mulheres.
- ✓ Não forçar a passagem do cateter, quando encontrar resistência.
- ✓ Pacientes com lesão medular não devem pressionar a barriga na altura da bexiga (pé da barriga) para acelerar o esvaziamento.
- ✓ Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar atendimento médico.
- ✓ Restrinja a quantidade de líquidos à noite para evitar acúmulo de urina durante o sono.

### Referencia Bibliográfica

Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem).